№ 12. WARSZAWA, GRUDZIEŃ 1938 ROK X.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Dr. med. JULIAN ROTSTADT,

Kierownik Oddziału Fizykoterapeutycznego
w Szpitalu na Czystem w Warszawie.

CHOROBA HEINE-MEDINA (POLIOMYELITIS ANTERIOR ACUTA), JAKO ZAGADNIENIE WODOLECZNICZE.

Żadne schorzenie nerwowe nie wymaga tak skoordynowanej organizacji leczenia, jak choroba Heine-Medina. — Tu bowiem od samego wybuchu cierpienia i najczęściej w ciągu najbliższych lat wzrastania dziecka (a jest to przeważnie choroba wieku dziecięcego), konieczna staje się najlepiej przemyślana współpraca pediatry, neurologa, chirurga-ortopedy — obok specjalnie wyszkolonej opieki pielęgniarskiej. — I dopiero wówczas — przez stosowanie w tak zespolonym wysiłku zdobyczy współczesnej wstępnej terapii surowiczej, wzgl. bodźcowej, a z kolei fizykalnej i ortopedycznej, — łatwiej udaje się opanować, umiejscowić proces zapalny, a stąd zapobiec zniszczeniu tego, co — choć zagrożone w układzie ruchowym — jeszcze może być uratowane.

Nie tu miejsce na szersze rozważania rozpoznawcze. — Należy jednak podkreślić wagę najwcześniejszego w y c z u c i a — tak! — w y c z u c i a P o l i o m y e l. a n t. a c u t. dla pomyślnego wyniku terapii.

Liczne ogólne i miejscowe znamiona ostrej choroby zakaźnej: gorączka, senność, zaburzenia kiszkowe, bóle rozmaitej postaci i nasilenia, objawy nieżytowe: krtaniowe, oskrzelowe i t. d., zdradzają już i wcześniej to cierpienie zakaźne, zanim w obrazie klinicznym na plan przedni, ad oculos, wystąpią porażenia.

Lecz — istotnie — niekiedy jedynie oko wytrawnego pediatry-neurologa, zdoła wyodrębnić i związać w całość to, co jest niewątpliwie zwia-

stunem tej tragicznej choroby nerwowej (jak nprz. objawy mózgowe, rdzeniowe, oponowe — Brudzińskiego, Kerniga; sztywność karku; wymioty; bóle: głowy, korzeniowe, mięśniowe; przeczulica i inne).

Lekarz, ten pierwszy wezwany do dziecka, zazwyczaj nie specjalista, winien pamiętać, że po zwykłym zbadaniu skóry, jamy ustnej, gardła, płuc, należy również sprawdzić, czy aby dziecko włada jednakowo sprawnie wszystkimi odcinkami kończyn górnych i dolnych, czy nie pokłada się tylko dlatego, że siedzieć nie jest w stanie. — A i matki, szukając w niepokoju w pierwszym rzędzie znamion błonicy, płonicy, anginy, grypy, zapalenia płuc, odry, jakże często same nie dostrzegają niedowładu poszczególnych odcinków stawowych u swego maleństwa.

A należy niewątpliwie jak najszybciej wspomóc i tu obronną walkę organizmu przez zastosowanie surowicy krwi — czy to normalnej, czy rekonwalescentów — szczególnie tych, co szybko pokonali objawy swej choroby, czy też tych, co przebyli niegdyś Poliom. ant. ac., czy zwierzęcej Pettita, (a gdy brak tych, to wreszcie i paciorkowcowej), podanych w odpowiednich dawkach, zanim jad — niewątpliwie tu swoisty — nie zdołał jeszcze porazić ośrodków odżywczych w skupieniach komórek ruchowych w istocie szarej przednich rogów rdzenia, wzgl. jednoznacznych ogniwach układu ruchowego w mózgu, w pniu jego.

I choć niema dziś jeszcze zgodnej opinii o swoistej mocy obronnej wskazanych surowic, jako o środku istotnie hamującym rozwój porażeń, to jednak słuszna jest nadal wiara, że surowica normalna, wzgl. swoiste, z natury rzeczy zawierać mogą najwięcej naturalnych przeciwciał ochronnych, obronnych, bakteriobójczych, wzgl. i elementów odżywczych, najbardziej skutecznych bezpośrednio w walce z zakażeniem i pośrednio dla normalnej ewolucji procesu regeneracyjnego spraw pozapalnych.

I być może, że dzięki coraz lepszej organizacji pogotowia ratunkowego do walki z tą ostrą chorobą zakaźną, rzadziej spostrzegamy dziś mnogie porażenia, naraz kilku odcinków kończyny, wzgl. zupełne dwu kończyn łącznie, lub i trzech odrazu.

A i przelotne niedowłady, porażenia, postaci poronne, może prędzej przez to mijają! Tym szczegółom, jak dotąd, poświęcono jednak w obserwacjach klinicznych jeszcze mało miejsca.

Tak czy owak, odpowiednio zorganizowane pogotowie ratunkowe — rzecz tu niezmiernie ważna i dla wyniku terapii okresu przewlekłego, w tem i hydroterapii.

Omawiając obszernie rolę wodolecznictwa w niektórych jednostkach chorobowych w części III-ej, specjalnej, klinicznej, montowanego przeze mnie podręcznika hydroterapii[1]), trzeba było pokonywać znaczniejsze trudności, aby z całokształtu złożonej terapii poszczególnych cho-

---

[1]) Ukaże się w r. 1939.

rób wyodrębnić rolę wodolecznictwa i uwypuklić wybitne znaczenie jego w zwalczaniu objawów klinicznych ostrych i przewlekłych.

Tu jednak, w Poliomyel. ant. acuta, hydroterapia wysuwa się na przednie miejsce w planie leczenia klinicznego już w czasie najbliższym po wybuchu choroby, bo w 2 — 3 — 4 tygodniu, kiedy z obrazu klinicznego znikać zaczynają (lub już znikły) niedowłady przelotne, a w biegu rekonwalescencji — po ostrym okresie — pozostały jeszcze niedowłady i porażenia, których dziecko, choć się wysila, nie jest już zdolne własnymi siłami ustroju pokonać.

I tu, przystępując do leczenia porażeń, nie należy być pesymistą! Albowiem i po 6-ciu tygodniach i po roku, a niekiedy i po dłuższym okresie czasu, wciąż jeszcze wraca i wzmóc się może sprawność, prężność włókien w poszczególnych pęczkach mięśni jednoznacznych w ruchu, wzgl. i całych mięśni pojedynczych tej lub innej grupy zginaczy lub rozginaczy, zrazu łącznie niedowładnych.

Należy w możliwość tego wierzyć i umieć na to czekać!

A wchodzi tu w grę przeważnie organizm dziecka, które wszak dopiero wzrasta, u którego w ogóle pod wpływem bodźców psychoruchowych dopiero zaczynają się budzić, zwolna kształtować — w wysiłkach kinetycznych — i ruchy zasadnicze, samoczynne — dowolne — zamiarowe, współruchy i mimowolne oraz wyrównawcze — pomocnicze.

Te właśnie wydobyć i z kolei utrwalić w roli zastępczej (a w układzie nerwowym wzrastającego dziecka istnieją znaczne możliwości dostosowania się do nowych warunków funkcjonalnych), szkoląc je odpowiednio w zabiegach ćwiczebnych, staje się jednym z głównych zadań, celem kinetoterapii podwodnej — stosowanej równolegle lub w międzyczasie obok doskonałego postępowania ortopedycznego.

Bo to ostatnie wymaga niekiedy częściowego unieruchomienia kończyny już i w pierwszym okresie zdrowienia, nprz. w żłobku gipsowym, szczególnie gdy niedowładowi ulegnie cała jednoznaczna grupa mięśniowa, a jawią się oznaki, że w warunkach względnego, celowego bezruchu spoczynkowego wraca sprawność poszczególnych pęczków. Albo też gdy — w okresie późniejszym — nastanie konieczność zupełnego unieruchomienia odcinka stawowego po zabiegu operacyjnym — ortopedycznym — na kilka-kilkanaście tygodni.

Łącznie zabiegami tymi usiłujemy nie dopuścić przede wszystkim do zniekształceń, do zahamowania rozwoju odcinka niedowładnego wzgl. jak najdłużej przeciwdziałać rozwojowi przykurczu mięśni, który utrudnia zadanie chirurga-ortopedy, gdy dojrzeje czas plastycznych operacji na mięśniach, ścięgnach, stawach, wzgl. i nerwach. Nie zawsze, niestety, to się udaje. — Wówczas pozostaje jedynie wykorzystanie w najlepszy sposób grup mięśniowych, współczynnych z porażoną, albo też poszczegól-

nych jeszcze zdrowych mięśni jednoznacznych, albo wreszcie — gdy nie ma innego wyjścia — to już tylko pozostałych zdrowych mięśni przeciwniczych[2]).

W a g ę k i n e t o t e r a p i i r e e d u k a c y j n e j, p o d w o d n e j w zwalczaniu niedowładów, porażeń stałych i zaników mięśni podkreślałem już nieraz i we własnych pracach[3]) i mych współpracowników[4]) [5]) [6]). — I tu wymieniam ją na pierwszym miejscu — wśród środków fizykoterapeutycznych — jako najważniejszy — przed diatermią, galwanizacją, termoterapią, jonizacją jodową, fototerapią, wzgl. rentgenoterapią — szczególnie tą ostatnią.

W ocenie bowiem jej istotnego znaczenia leczniczego, głównie w o k r e s a c h w c z e s n y c h c h o r o b y H e i n e - M e d i n a, k i e d y t a k c z ę s t o s p o s t r z e g a s i ę p o p r a w y s a m o i s t n e, trzeba zachować należytą miarę krytycyzmu.

Nie będzie przesady, gdy powiem, że wszystko, co kinetoterapia przed zabiegami ortopedycznymi i po nich może tu zdziałać, udoskonalić, wyrównać w brakach ruchów zbornych dla najszybszego postawienia dziecka na nogi (a porażeniu ulegają tu w przeważającej liczbie kończyny dolne) m u s i b y ć w y k o n y w a n e p o d w o d ą.

Słusznie podkreślono to znów ostatnio na 6-ym Zjeździe Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego w Poznaniu (1938, 3 — 4 kwietnia)[7]).

Ameryka, nawiedzana okresowo epidemiami tej tragicznej choroby, swoiście szybko i żywo zrozumiała państwowe i publiczne znaczenie takiej metody postępowania. Toteż do walki z kalectwem poliomylitycznym stworzono tam odrębne zakłady lecznicze, gdzie dzieci — już po kilku tygodniach od wybuchu choroby — mogą i same ćwiczyć swe ruchy w większych lub mniejszych zbiornikach wody, stale jednakowo ciepłej, wzgl. w specjalnych basenach, leżąc na odpowiednio skonstruowanych półkach-leżakach, albo też są w nich ćwiczone przez instruktorki.

---

[2]) *F. Raszeja.* Leczenie ortopedyczne następstw choroby Heine-Medina z uwzględnieniem zabiegów na częściach miękkich. (Patrz: Chirurgia Narządu Ruchu i Ortopedia Polska 1938 T. XI, Zesz. I).

[3]) *J. Rotstadt.* Lecznictwo szpitalne a fizykalna terapia. 1922 r. Kwart. Klin. Zesz. I. Przyczynek do pooperacyjnego leczenia urazowych porażeń nerwów obwodowych. — Neurologia Polska, T. XV. 1932.

[4]) *A. Graber.* Cierpienia urazowe układu kostno-mięśniowego jako zagadnienie chirurgiczne i fizjoterapeutyczne. 1925. Kwart. Klinicz.

[5]) *J. Aszowa i M. Frejman.* W sprawie patogenezy pourazowych porażeń nerwów obwodowych oraz ich leczenia chirurgicznego i fizjatrycznego. Kwart. Klinicz. T. XV, Zesz. I — II r. 1936.

[6]) *A. Krakowski.* O roli wybitnej terapii kąpielowej w leczeniu klinicznym niektórych chorób nerwowych. Kwartalnik Kliniczny r. 1938.

[7]) *A. Wojciechowski.* Zarys leczenia ogólnego następstw choroby Heine-Medina. (Patrz: Chirurgia Narządu Ruchu i Ortopedia Polska 1938, T. XI, Zesz. I).

Te — pozostając wśród zabiegu obok dzieci w wodzie — pobudzają je odpowiednimi podnietami do wykonywania ruchów celowych, pojedynczych i złożonych.

A gdy z kolei miną specjalne przeciwwskazania okresu podostrego, to instruktorki rozpoczynają wykonywanie i ruchów biernych — łagodnych, stopniowanych, bardzo oględnych z oporem lub bez oporu, a zawsze jedynie w granicach normalnej, fizjologicznej sprawności odcinka stawowego. Jest to szczególnie ważne, gdy w grę wchodzą narastające przykurcze mięśni całej grupy przeciwniczej, przez nadmierne bowiem nieoględne w ćwiczeniach rozciąganie bierne mięśni niedowładnych może łatwo ucierpieć proces regeneracyjny, choć i zwolna postępujący, lecz normalny.

Należy, rozumie się, przejąć z tych wzorów amerykańskich z rozwagą to, co w nich najistotniejsze. Lecz bez zbędnego naśladownictwa, choćby dlatego, że, jak dotąd, nie spostrzegano u nas epidemicznego szerzenia się choroby Heine-Medina, stąd też nie ma potrzeby gromadnego stosowania tych zabiegów.

Wiele tu zdziałać można i w bardziej prosty sposób i w tym samym kierunku. Należy jedynie ćwiczenia podwodne tak kształtować, aby mogły być wykonywane bezpiecznie i swobodnie zarówno przez dziecko samo — jak i przez instruktorkę, wzgl. wyszkoloną osobę, najmilszą dziecku — matkę, siostrę. A co tu najważniejsze w warunkach domowych, terapia ta bowiem w ogóle niekiedy musi trwać czas bardzo długi, choćby dlatego, że niektóre zabiegi krwawe — plastyczne, głębsze, na częściach miękkich, wykonywane wszak mogą być dopiero w 5 ym — 6-ym — 8-ym — 10-ym roku życia, gdy dziecko zupełnie okrzepnie.

A więc korzystać w tym celu można w pierwszym rzędzie z obszerniejszej wanienki drewnianej, domowej. W szpitalach ogólnych — gdy się niekiedy znajdzie u nas jednocześnie kilkoro dzieci z chorobą Heine-Medina, można zastosować kinetoterapię podwodną w specjalnej większej wannie drewnianej. Radzę drewnianą z drzewa impregnowanego dlatego, że wykonanie odpowiedniej ad hoc jest wszędzie dostępne, a poza tym w drewnianej zawsze łatwiej czas dłuższy utrzymać pożądaną t°

Gdy kąpiel gotowa (a trzeba mieć w bliskości źródło zapasowej wody gorącej), należy dziecko zanurzyć w wannie do pożądanego poziomu, utrzymując je w równowadze na prześcieradełku, uprzednio rozpiętym w odpowiedni sposób w kierunku zlekka skośnym ku kończynom dolnym. U węgłowia należy dać dziecku odpowiednie oparcie o gumową poduszkę.

W tak stworzonej pozycji półleżącej, w wodzie stale ciepłej (36° — 36½° — 37°C), do poziomu brodawek — w najbardziej korzystnych warunkach statycznych — dziecko może samo łatwiej rozpocząć próby ruchów w stawie biodrowym,

a szczególnie kolanowym i skokowym — dwóch najczęściej upośledzonych odcinkach stawowych.

Zachęcać do tego dzieci należy odpowiednio zorganizowaną zabawą; wymaga to dużej inwencji i zmysłu pedagogicznego pielęgniarki-instruktorki.

U dzieci starszych, którym łatwiej o własnych siłach poruszać się w wodzie wanienki, lub gdy jeden tylko odcinek obwodowy jest niedowładny — wystarczy pozycja siedząca, na odpowiednim materacyku gumowym, powietrznym lub wodnym, odpowiednio napiętym.

Gdy więc jest już zabezpieczona sprawna pomoc i należyta organizacja wskazanej kinetoterapii podwodnej — to dziecko może i kilka razy dziennie i godzinę przebywać w ciepłej kąpieli. Tu — bawiąc się właściwie — wykonywa ruchy zamierzone z własnej woli, wzgl. według wskazówek osoby pielęgnującej — instruktorki.

Trudno, rozumie się, jedynie słowami zachęty spowodować u dziecka takie napięcie woli i wysiłku, które jest niezbędne do wykonania ruchu czynnego, skoordynowanego, w kierunku wskazanym. — Toteż od wielu lat, aby pobudzić dziecko do tych prób, zawsze łatwiej zrazu wykonywanych razem i zdrową kończyną i chorą, stosuję rozmaite podniety zabawkowe. — A więc, aby wzbudzić w dziecku chęć naśladowania, odtwarzania tego czy innego okazanego mu ruchu biernego, polecam zawieszać na połączku w poprzek wanny 2 — 3 — 4 przedmioty — zabawki różnobarwne — lekkie, okrągłe, miękkie, na różnej, stopniowanej wysokości i w pewnym oddaleniu od siebie (w tym 1 — 2-ie zabawki cięższe, zanurzone nieco pod wodą). Instruktorka, wzgl. najlepiej matka, zachęca dziecko, podtrzymując je dobrze pod pachami, by próbowało zabawki zawieszone, zbliżane doń i oddalane, trącić nóżką zdrową i niedowładną, i każdą oddzielnie, pchnąć stopką zdrową a po tym chorą, zatrzymać w powrotnym ruchu wahadłowym kołyszącą się nad powierzchnią wody laleczkę, złotą rybkę, kaczuszkę gumową i t. p., wzgl. przepędzić nóżką chorą i zdrową — na zmianę — i luźno puszczane na wodę zabawki ponętne. — I tu współruchy czynne kończyny zdrowej — obok chorej — mają wpływ szczególnie dodatni na wyrównywanie asynergii w napięciu dwustronnym szlaku ruchowego.

A gdy dziecko okrzepnie, przywyknie do pluskania się w wodzie, oswoi się z zabiegami, oćwiczy, to — w miarę postępującej poprawy — samo rwać się będzie do beztroskiej zabawy w ciepłej kąpieli wodnej.

Rzecz mądra, rozumie się, gdy — jak to czynią Amerykanie — kilkoro dzieci, leżąc w basenach na półkach-leżakach, współzawodniczy w wysiłku wykonania najlepiej, najszybciej zadanego ruchu. W takich warunkach dzieci i tęsknić mogą do tego swoistego sportu leczniczego. —

Ferro-Biophytol

GĄSECKI

Nr. Reg. 1906

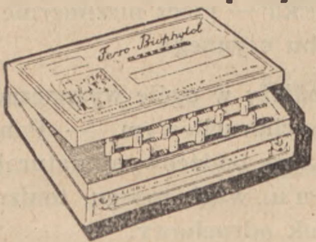
i

Ferrobiophytol c. arseno

GĄSECKI

Nr. Reg. 1907

»Ferro-Biophytol« jest to obojętna sól żelazowa kwasu inozytoszcściofosforowego o zawartości około 7% żelaza i 7% przyswajalnego koloidalnego fosforu. Produkowana jest w 2-ch postaciach: 1. kapsułek à 0,25, 2. proszku, mającego zastosowanie w recepturze.



Wskazania: Niedokrwistość, błednica, zołzy, brak łaknienia, niedostateczne odżywianie organizmu, gruźlica, niedorozwój, rekonwalescencja, przemęczenie fizyczne i umysłowe.

Sposób użycia: „Ferro-Biophytol" zażywa się w czasie posiłków, lub po jedzeniu.

Dorośli: 2 — 3 razy dziennie po 2 — 3 kapsułki.

Dzieci: 2 — 6 lat 1 — 2 kapsułki dziennie
6 — 10 lat 2 — 4 „ „

Można kapsułki połykać lub też wysypać z nich zawartość na łyżkę ciepłego płynu (herbata, mleko, woda, zupa itp.) a następnie wypić.

Opakowanie: 1. Capsulae — 1 pud. zawiera 30 kaps. à 0,25.
2. Pulvis — 1 flakon zawiera 10,0 proszku do receptury.

Ferrobiophytol c. arseno — jak wyżej.

Mokotowska Fabryka Chem.-Farm. A. Gąsecki i Synowie Sp. Akc.

w Warszawie, ul. Belgijska 7

Pomysłowość instruktorki w urozmaicaniu ćwiczeń, w zagrzewaniu dziecka do ich wykonania, święcić tu może prawdziwy triumf.

Tyle o kończynie dolnej, w której najczęściej są porażone albo pojedyncze mięśnie, albo grupy mięśni o jednoznacznym działaniu.

Bardzo również zalecam — od wielu lat — jeszcze jeden zabieg — bardzo pożyteczny w tej terapii kinetycznej, podwodnej (wzgl. łatwo dostępny do wykonania i w łóżeczku, w siedzącej pozycji). — A mianowicie — gdy chodzi o leczenie kończyny górnej. — Polega on na tym, że — po zainteresowaniu dziecka grą łowienia, chwytania obu rączkami zabawek, kołyszących się na pałączku, podrzucanych, przesuwanych — pełe cim po pewnym czasie z d r o w ą k o ń c z y n ę g ó r n ą u n i e r u c h o m i ć, zrazu na krótko. Wówczas dziecko usiłuje wykonać c h o r ą r ą c z k ą ruch w znanym mu już kierunku.

Wskazane metodyczne wprowadzanie w grę bodźców psychoruchowych dla spowodowania sprężenia woli dziecka — rzecz niezmiernie ważna w budzeniu, kształtowaniu na nowo ruchu czynnego.

W reedukacyjnym leczeniu porażeń należy w ogóle wyznaczać rolę główną bodźcom, podnietom, impulsom psychoruchowym. — Pamiętać trzeba, że ruch dowolny jest współczynnikiem bodźcowym naturalnym, który stale uczula ośrodki ruchowe w rdzeniu, wzgl. mózgu, tonizuje je podnietami, drążącymi z obwodu poprzez łuk odruchowy.

Toteż od wielu lat zalecam, np. w leczeniu obwodowego niedowładu nerwu twarzowego najwcześniejsze rozpoczęcie wykonywania prób ruchów mimicznych, — systematycznych, — wysiłkowych przed lustrem, w celu wyrównywania asymetrii twarzy. I tutaj uważam podniety psychoruchowe za najwłaściwszy, naturalny bodziec do aktywizacji zaburzonego przewodnictwa nerwu, wzgl. zanikającej kurczliwości, prężności mięśni.

Wyżej wskazane sposoby ćwiczebne były mi zawsze pomocne, szczególnie gdy szło o szkolenie ruchów niedowładnej kończyny w stawie barkowym i łokciowym.

A gdy się ustali, że budzić się zaczyna pierwszy ślad ruchu — pozornie wygasłego — wówczas należy wśród ćwiczeń hydrokinetycznych unieruchamiać zdrową rękę opaską 1 — 2 — 3 — 4 razy dziennie, aby dziecko, kierując z konieczności do wykonania ruchu jedynie kończynę niedowładną, musiało w tym celu ł a d o w a ć w c i ą ż z n a c z n i e j s z y w y s i ł e k w o l i.

Mówię ł a d o w a ć dlatego, że niewątpliwie to, co się tu staje, w mózgu, rdzeniu — wśród terapii bodźcowej, psychoruchowej, pod względem biofizycznym, żywym, czynnościowym — wkracza w dziedzinę zjawisk

elektrofizjologii układu nerwowego w najszerszym — współczesnym pojęciu tego słowa[8]).

To wszystko, co dynamiczne, ciągłe, nieprzerwane — i to, co trwa wśród snu, nocy, na jawie — i to, co na nowo wciąż się kształtuje — ma u podłoża — w znaczeniu fizycznym — wciąż kojarzone, rytmiczne, zeszczepiane, synchroniczne, (a w chorobach właśnie nie rytmiczne, rozkojarzone, rozszczepiane, nie synchroniczne), krążenie, promieniowanie, drążenie fal elektrojonowych, — narastających i zanikających, — odradzających się i wyczerpujących w wirze ruchu, życia.

Źródłami tej energii elektroruchowej — biofizycznej — wzgl. tych fal elektrojonowych, — ogniwami, wzniecającymi je, — wzgl. z kolei już tylko akumulatorami ich, kondensatorami, większymi lub mniejszymi, różnymi w ładunku i budowie architektonicznej, o odmiennym przeznaczeniu w poszczególnych warstwach mózgu, są tu ciągłe przemiany biofizyczne — i jakże złożone chemiczne — w skupieniach komórek, doskonale wyodrębnionych, rozróżnicowanych w ogniskach, jądrach, ośrodkach. — Chwytnikami tych fal, przewodnikami ich — to pnie nerwowe, wzgl. mnogie ich rozgałęzienia w symetrycznym wszędzie układzie dwustronnym.

A wszystko tu utrzymane w nieustannym, celowym ruchu zbieżnym, falowym elektrojonów, w napięciu ciągłym, równoważnym, najbardziej dodatnim do utrzymania synergii, harmonii w zespole sił fizycznych i psychicznych, podniecanych działaniem przemian wewnątrzpochodnych — życia roślinnego i podniet zewnątrzpochodnych — psychorodnego.

I proszę mi wybaczyć tę dygresję, pozornie jednak tylko zbędną. — Czynię tu tak celowo. — Należy bowiem dziś w postępowaniu klinicznym, praktycznym, przestać myśleć jedynie kategoriami histopatologicznych obrazów chorób, co — już i z natury rzeczy — budzi zwątpienie, nastraja sceptycznie tak, jak zresztą wszelka martwa natura.

I tu — przeciwnie — należy mieć przed oczyma, w myślach o rokowaniu, żywy nieustanny wir zjawisk biochemicznych i fizycznych, które tlą się, kłębią, rodzą, odradzają, kojarzą — w rozżarzonym tyglu organizmu wzrastającego.

I to właśnie musi być tu zachętą w nieustannych wysiłkach opieki lekarskiej. — I tu z uporem niesłabnącym wszystko czynić trzeba, aby wzrastającemu ustrojowi w tym najbardziej pomóc, myśląc przede wszystkim o ratowaniu tego, co się uratować wciąż jeszcze daje, a nie biadać klinicznie nad tym, co zanikło.

---

[8]) Patrz między innymi: 1) *Zenon Drohocki:* O elektroprodukcji kory mózgowej. Warsz. Czas. Lek. 17/III.38. — *Kurt Wachholder:* Allgemeine Physiologie der peripheren Nerven. (Fortschr. der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete R. III, Zesz. 4. IV.1931).

I wracam do rzeczy. — Najlepiej — gdy wskazane zabiegi są wykonywane w pozycji siedzącej, w wanience, z poziomem wody wyższym niż dla kończyn dolnych; tu do brodawek. — Gdy dziecko starsze — to i w kąpieli jedno-dwu-komorowej.

Dzięki konsensualnemu odczynowi termicznemu działamy poza tym w zabiegach tych również dodatnio na tętnicze ukrwienie skóry i wszystkich tkanek całej kończyny chorej, a w ogóle stwarzamy dziecku najłatwiejsze warunki statyczne do ruchów czynnych stawu łokciowego, wzgl. dłoni i palców.

I po latach, a szczególnie po wykonanych z biegiem czasu koniecznych zabiegach ortopedycznych, trwa długo czas do kinesiterapii podwodnej, aby u wzrastającego dziecka wciąż jeszcze doskonalić, krzepić to, co — po przebytej w dzieciństwie burzy — zostało uratowane, skoordynowane, wyrównane. — A gdy podrastający pacjent zacznie rozumieć cel zabiegów, wówczas i sam — szkoląc się chętnie w zamierzonym kierunku — wykształci coraz doskonalsze ruchy pomocnicze, zastępcze.

Skala popraw jest tu tak znaczna, i są one tak zawsze jeszcze możliwe, że świadomie poświęcam tyle miejsca zachęcie do stosowania terapii hydrokinetycznej w całym długim okresie leczenia fizykalnego, wzgl. i ortopedycznego. — Pamiętać też trzeba o tym, że Poliomyelitis anter., szczególnie u dorosłych, może z czasem stać się punktem wyjścia do innych cierpień układu ruchowego (nprz. chor. Aran-Duchenne'a, Scl. lat. amyotr.).

Zwykłe kąpiele ciepłe (36 — 37 — 38°C) są i tu najlepszym zabiegiem w przewlekłej terapii hiperemicznej, miejscowej, ogólnej, przeciwbólowej i przeciwkurczowej. A szczególnie w celu zwalczania — w ciągłości miarowej — n a j w a ż n i e j s z e j t u n i e d o m o g i, a mianowicie — stale złego, wzgl. niedostatecznego, ukrwienia czynnego — z bezruchu nietylko w odcinku bezwładu, lecz i w całej kończynie. — Stąd tu tak mnogie i częste zaburzenia naczyniowe, trofoneurotyczne — stąd tak szybko postępujące zaniki nie tylko mięśni, ale i wszystkich tkanek niedowładnego odcinka stawowego, włącznie i skóry. Sprzyja temu też tu i wiotkie krążenie żylne, brak bowiem dlań stałego współczynnika tłocznego — normalnego skurczu mięśni kończyny w prężnych ruchach czynnych, wzgl. łącznych — synergicznych — skurczów wszystkich grup mięśniowych ręki lub nogi.

O ile nie było powikłań, należy rozpocząć tę kurację balneologiczną, gdy tylko minie okres celowego spokoju leczniczego (2 — 3-tygodniowego), zrazu i tu tak bez wątpienia koniecznego, jak w każdej sprawie zapalnej. a szczególnie ostrej miejscowej.

By wzmóc dodatnie działanie tych kąpieli hiperemicznych również i na wymianę krwi obwodowej — a narządów wewnętrznych, można wśród kąpieli, wzgl. ku jej końcowi, stosować natryski podwodne, względ-

nie i miesienie pod natryskiem o t° wyższej lub niższej od ciepłoty wody w wannie. Działamy tu wówczas i łagodnym czynnikiem mechanicznym na odcinki niedowładne, wzgl. wielkie ściany ich naczyń krwionośnych, ćwiczymy je, wzniecając w nich skurcze odczynowe.

Przekrwienie tętnicze wzmaga tu poza tym ciśnienie osmotyczne, a stąd i przemianę materii w mięśniach, których normalna czynność jest właśnie w pierwszym rzędzie zależna od prawidłowego ukrwienia[9]).

Miejscowe zabiegi kąpielowe, o t° ciepłej, stopniowanej, 15 — 20 — 30-to minutowe, należy stosować — jako prawidło — przed każdorazową gimnastyką rytmiczną, ręczną lub aparatową, z oporem lub bez niego, a zawsze łagodnie stopniowaną, by nadmiernym rozciąganiem nie pogarszać upośledzonej prężności mięśnia, szczególnie gdy — po okresie stosowania miarowej redresji ręcznej i maszynowej — dojrzał czas wyboru stałego aparatu wyrównawczego. — Tak też postępować należy przed zamierzonymi zabiegami plastycznymi, po nich, po zdjęciu opatrunków okresowych gipsowych, nakładanych w porozumieniu z ortopedą w celu najkorzystniejszego ustawienia niedowładnego odcinka stawowego.

Wychodząc z założenia, że wydalanie z organizmu wszelkimi godziwymi sposobami jadów, wzgl. i bakteryjnych, jest słuszne w każdej chorobie zakaźnej, można i tutaj oględnie, a zależnie od stanu ogólnego, stosować zabiegi napotne w postaci zawijań wilgotnych, częściowych, tułowiowych lub dolnych, wzgl. i suchych okocowań częściowych z podawaniem napojów gorących (rumianku, kwiatu lipowego, malin i t. d.), podniecających wydalanie potu.

Zabiegom tym można poddawać systematycznie — w leczeniu przewlekłym — i tych chorych, którzy z powodu porażeń lub niedowładu mięśni tułowia — (wzgl. brzusznych), zmuszeni są nosić aparaty wyrównawcze ruchome. Aparaty te można — bez krzywdy chorego — 2 — 3 — 4 razy tygodniowo zdejmować przed kąpielami ciepłymi (36½ — 37 — 37½ — 38C°) i częściowymi zawijaniami wilgotnymi tułowia, które w znakomity sposób poprawiają upośledzone odżywienie skóry pod gorsetem.

Skupienia komórek w przednich rogach, które nie uległy jeszcze bezpowrotnie zanikowi — na skutek ogniskowych objawów zapalnych, naczyniowych, okołonaczyniowych, nacieków wtórnych i objawów przerosłowych gleju, — uciskających łącznie komórki szarej istoty rdzenia, mogą w sprzyjających warunkach normalnego nawrotu krążenia, tętniczego i żylnego, a stąd i normalnych zjawisk chłonnych, — ostać się, od-

[9]) *Jul. Rotstadt.* Badania doświadczalne z dziedziny trofiki mięśni. Wpływ zmian cyrkulacyjnych i inerwacyjnych na mięśnie. (Patrz: Prace z konkursu im. Koczorowskiego. Wyd. Warsz. Tow. Lekar. 1908 r.).

żyć, aby być nadal ośrodkami odżywczymi dla odnośnych włókien nerwowych, wzgl. mięśni.

Przeciwdziałać jak najdłużej — wszelkimi sposobami — zanikaniu normalnej budowy włókna mięśniowego, komórek odżywczych na odnośnych poziomach łuków odruchowych, oto — między innymi — też cel systematycznej terapii hiperemicznej kąpielowej.

Nie należy — rozumie się — zapominać o potrzebie najlepszego wzmacniania stanu ogólnego dziecka, zawsze upośledzonego — na skutek przymusowego ograniczenia swobody ruchów — i zwalczać nadmierne tycie.

Jeszcze kilka uwag o kąpielach wodoelektrycznych, ciepłych — gorących (37 — 37½ — 38 — 39°C), stopniowanych, do pasa, 5' — 10' — 15' — 20'-minutowych, hiperemizujących, wśród których wskazane jest również wykonywanie masażu pod wodą, wzgl. mięsienia elektrycznego d ł o n i ą m a s u j ą c e g o, w ł ą c z o n ą w o b w ó d p r ą d u.

Otóż sprzeciwiam się włączaniu prądu przerywanego, gdy są porażenia z przykurczami stałymi znacznego stopnia, w mięśniach przeciwniczych, anatomicznie zupełnie zdrowych (najczęściej zginaczy kończyny górnej, a rozginaczy dolnej), w niedowładach i bezwładach ośrodkowego pochodzenia, na skutek stale wzmożonego w nich napięcia.

To ostatnie — w chwili wykonywania zamierzonego ruchu czynnego — w warunkach normalnej czynności zbornej wszystkich mięśni kończyny — rozprasza się, dzieli, w równej mierze między obie grupy mięśni przeciwniczych. Natomiast w porażeniach kurczowych stale skupia się w jedno w łącznej masie grupy mięśni przeciwniczych, mniej niedowładnych. — Towarzyszy temu również nadmierne obarczenie wzmożonym napięciem łuku odruchowego, odpowiedniego odcinka porażonego, na skutek przerwy w działaniu nań normalnego tłumienia ośrodkowego.

Tak bywa w porażeniach kurczowych, naprz. w hemiplegii. — Natomiast w poliomyel. ant. acuta et chronica, jak w ogóle w sprawach wiotkich, szczególnie z zanikami — nie tylko niema tej obawy, lecz — przeciwnie — rzecz celowa — okresowe wzmaganie napięcia w wiotkim łuku odruchowym drażniącymi bodźcami rytmicznie przerywanego prądu elektrycznego, a włączonego do wody kąpieli.

Współdziałać temu można najlepiej, wprowadzając do wody kąpieli prąd galwaniczny — przerywany, wzgl. słaby sinusoidalny-faradyczny, wzgl. wibracyjny, nie doprowadzając jednak nigdy natężenia prądu poza próg, zwiastujący pierwsze błyski skurczów w pęczkach mięśni zdrowych, pozostałych jeszcze w odcinku niedowładnym. — Prąd indukcyjny — faradyczny, trudny do zniesienia w niedoskonałej regulacji, nadmiernie drażniący, szarpiący, nieznośny dla dzieci — jest tu przeciwwskazany.

Aby wzmóc dodatnie działanie kąpieli hiperemizujących tkanki, — miejscowych i ogólnych (stosowanych w postępowaniu przewlekłym —

2 — 3 razy tygodniowo, najlepiej ku nocy, niezależnie od codziennych porannych kąpieli kinetoterapeutycznych) — można włączać do wody garstkę — dwie zwykłej soli kuchennej nieoczyszczonej lub innej mineralnej — sztucznej, wzgl. naturalnej (aby nie siarczanej).

Mogą tu być stosowane też i środki balsamiczne, wonne, łagodnie drażniące skórę, płynne lub stężone, wzgl. sproszkowane.

Korzystne działanie, rzeźwiące wyczerpany organizm, okazują tu też i sztuczne kąpiele kwasowęglowe, stosowane okresowo — w odpowiednio zmniejszonych dawkach — o ile dla dzieci — i jak należy do kąpieli w małej wanience.

DOCENT DR. KAROL CSEPAI,
(Dyrektor Szpitala Ubezpieczalni w Budapeszcie).

LECZENIE WRZODÓW ŻOŁĄDKA ZA POMOCĄ HORMONU JAJNIKOWEGO (FOLLIKULINY).

Znane są dotychczas rozmaite metody leczenia wrzodów żołądka. Nie wymieniając tu wszystkich znanych środków oraz sposobów leczenia, chciałbym jednak podkreślić, że podstawą leczenia tych wrzodów jest ścisła dieta i związane z nią dawkowanie odpowiednich lekarstw. Prawie co rok polecane są coraz to inne, nowe środki leczenia. Dowodzi to, że kwestia leczenia wrzodów żołądka, mimo wszystkich osiągnięć w tej dziedzinie, nie została jednak jeszcze rozwiązana. Z jednej strony bowiem nie tak rzadkie są wypadki, gdzie wszystkie znane dotąd sposoby zawodzą, z drugiej zaś strony zagadnienie recydywy pozostaje nadal nierozwiązane, aczkolwiek problem ten, jak wiadomo, należy do najtrudniejszych.

Dlatego też wcale nie łatwo jest osądzić, czy ten lub inny nowy środek usilnie zalecany nadaje się w ogóle do leczenia tej choroby. Ponieważ podstawą wszelkiego leczenia wrzodów żołądka jest ścisła dieta — której na podstawie dotychczasowych doświadczeń przypisać należy rolę decydującą — przeto przy wszystkich sukcesach, dotąd osiągniętych, trzeba uwzględnić współdziałanie tego potężnego czynnika leczniczego. Drugim czynnikiem, odgrywającym wielką rolę przy leczeniu, jest pozostawanie przez pewien czas w łóżku. Abstrahując od tych dwóch czynników, nie należy jednak ewentualnie osiąganych rezultatów pomyślnych z góry przypisywać nowemu lekarstwu lub metodzie leczniczej. Trzeba bowiem bezwarunkowo najpierw udowodnić skuteczność jakiegoś nowego środka, i to w tym sensie, żeby lekarstwo to nie działało tylko w połączeniu ze ścisłą dietą oraz pozostawaniem w łóżku. Często widzimy, że w leczeniu tej cho-

roby używa się ponadto środków oddawna już wypróbowanych (atropiny, alkaliów itp.). Stąd drugi wniosek, że pacjent oprócz nowego lekarstwa nie powinien dostawać podczas kuracji żadnego innego, znanego już środka leczniczego. Specjalne znaczenie należy przywiązywać do tych wypadków, gdzie wszystkie dotychczasowe sposoby leczenia nie prowadzą do wyleczenia, a tylko stosowanie nowego środka przyczynia się do wyzdrowienia. Nie wystarcza poza tym sukces, osiągnięty tylko w jednym wypadku; o skuteczności danego środka lub metody leczniczej decyduje wyłącznie obszerny materiał doświadczalny, a to również tylko wtedy, gdy środek w absolutnej większości wypadków okaże się skuteczny. Ale nawet wtedy, gdy dany środek spełnia wszystkie warunki, nie należy jeszcze uważać całego zagadnienia za rozwiązane. Całkowite wyleczenie bowiem równoznaczne jest z zapobieganiem nawrotom; dopiero wtedy można mówić o ostatecznym rozwiązaniu kwestii leczenia wrzodów żołądka.

Oprócz wyżej wymienionych istnieje jednak jeszcze cały szereg innych momentów, które utrudniają ocenę skuteczności jakiejś nowej metody leczniczej. Powszechnie wiadomo, że nierzadko można obserwować ustępowanie objawów klinicznych, podczas gdy zmiany chorobowe, stwierdzone Rentgenem lub gastroskopem, nie znikły bynajmniej. O całkowitym wyleczeniu wrzodów żołądka można zatem dopiero wtedy mówić, gdy zarówno objawy kliniczne, jak i wszystkie inne zmiany chorobowe, stwierdzone obiektywnie, znikły bezpowrotnie. Ponieważ jednak objawy miejscowe wrzodów żołądka (a jeszcze bardziej kiszek) nie zawsze są widoczne, przeto wolno tylko te przypadki uważać za bezsprzeczne, w których przy pomocy Rentgena lub gastroskopu stwierdzono ponad wszelką wątpliwość istnienie wrzodu. Innymi słowy za podstawę do leczenia mogą służyć tylko te przypadki, w których albo stwierdzono wrzód Rengenem, albo wynik badania gastroskopowego wypadł pozytywnie.

Przeglądając bogatę literaturę, dotyczącą leczenia wrzodów żołądka, możemy odrazu stwierdzić, że przeważnie nie brano pod uwagę wszystkich tych kryteriów, o których dopiero co wspomniałem. W ten sposób tłumaczy się też fakt, że niemal rok rocznie ukazywały się coraz to nowe środki lecznicze, metody itp., które jednak bez wyjątku poszły znów w zapomnienie, gdyż po upływie najwyżej kilku lat okazywało się regularnie, że w porównaniu ze starymi, wypróbowanymi środkami nie stanowiły one żadnego postępu. Badając swój własny system leczenia wrzodów żołądka przy pomocy hormonu jajnikowego, starałem się jednak przestrzegać skrupulatnie wszystkich wyżej wymienionych reguł; dlatego też sądzę, że poniższe dane posiadają większą wartość obiektywną, aniżeli wszystko to, co czytać można w dotychczasowej literaturze.

O leczeniu wrzodów żołądka przy pomocy hormonu jajnikowego pomyślałem po raz pierwszy, gdy rok temu zestawiliśmy dane statystyczne, dotyczące wrzodów żołądka i kiszek, dla całkiem innych celów; opiera-

liśmy się przy tym na materiale Centralnej Stacji Obserwacyjnej. Według tych danych, w latach 1933 — 1937 było na 8975 chorych mężczyzn 1611 wrzodów żołądkowych, a na 6190 chorych kobiet — 311 takich wypadków. Według tej statystyki wrzody żołądka zdarzają się trzy razy częściej u mężczyzn niż u kobiet. Dawne statystyki natomiast odbiegają częściowo bardzo znacznie od tych wyników. *Foslin* twierdził, że wrzody żołądka występują pięć razy częściej u kobet, niż u meżczyzn. Według statystyki *Rheinwald'a* stosunek ten wyraża się w cyfrach *1 : 1,2;* według *Riegel'a 1 : 1.* Wszystkie te statystyki różnych internistów pochodzą jeszcze z tych czasów, kiedy rozpoznanie ustalano na podstawie bardzo prymitywnych badań, zwłaszcza, jeżeli chodzi o wrzody żołądkowe. Chirurg *Krönlein* natomiast stwierdził wrzody te w *57,62%* u mężczyzn, a tylko w *42,42* u kobiet. Krańcowo odmienne rezultaty otrzymano przy sekcjach zwłok. *Fiedler* znalazł w swoim materiale sekcyjnym *202* kobiet chorych na wrzody żołądka, a tylko *1,5%* mężczyzn, tak samo *Wolroszky 4,45%* mężczyzn a 48% kobiet. Z nowszych czasów najbardziej znana jest statystyka *Hart'a (1919),* która uwzględnia 1541 sekcyj. Według niej wrzody żołądka występują u mężczyzn nieco rzadziej, niż u kobiet, wrzody kiszek natomiast zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet w tym samym stosunku. W przeciwieństwie do tych wyników stwierdził znów*Moyniham, że 80%* wypadków wrzodów kiszek przypada na *mężczyzn;* tak samo *Schütz,* który mówi nawet o *87%.* Przyczyn tych rażących sprzeczności należy szukać przede wszystkim w różnicy okoliczności zewnętrznych. Wyniki statystyk klinicznych zależą w pierwszej linii od tego, według jakich kryteriów ustalono tam istnienie wrzodów żołądka. Statystyki chirurgiczne oparte są zwykle na stosunkowo szczupłym materiale. Statystyki sekcyjne zależą w wielkiej mierze od dokładności i sumienności lekarza, gdyż często są wypadki przeoczenia małych blizn po wrzodach żołądka. W każdym razie odpadają dla statystyki również te przypadki, gdy owrzodzenie żołądka lub kiszek zagoiło się, nie pozostawiwszy po sobie żadnych blizn lub innych śladów widocznych. Najnowsze obserwacje kliniczne potwierdzają jednak moją pierwszą tezę, że wrzody żołądka lub kiszek występują o wiele *rzadziej u kobiet,* aniżeli u mężczyzn. *(Albrecht, Kalk).*

Również przebieg tej choroby jest w wielu wypadkach inny u mężczyzn, a inny u kobiet. Wskazałem już na ciekawy fakt, że wrzody te tworzą się u kobiet częściej w żołądku, u mężczyzn natomiast częściej w kiszkach. Według *Bastianelli'ego* kobiety rzadziej przy tym krwawią, niż mężczyźni. Najważniejsza różnica polega jednak na tym, że u kobiet tylko wyjątkowo występuje przebicie wrzodu. *Elicher* miał na moim oddziale 143 perforacyj, wśród tych 134 u mężczyzn, a tylko 9 u kobiet. Na moim oddziale miałem w ciągu ostatnich lat pięciu 71 wypadków, gdzie trzeba było operować z powodu perforacyj; na mężczyzn przypadało *68* perforacyj, na kobiety *3. Kinnyai* i *Kiss* stwierdzili ponad to na moim oddziale, że

u kobiet występuje daleko częściej bez i podkwaśność, niż nadkwaśność, dalej, że po operacjach żołądka u kobiet częściej zdarza się bezkwaśność niż u mężczyzn. Stwierdzono na moim oddziale również, że kobiety chore na wrzód żołądka często mają zaburzenia menstruacyjne. Według moich doświadczeń, kobiety w czasie przekwitania lub później zapadają częściej na tę chorobę niż mężczyźni w tym samym wieku. *Oberndorfer* na podstawie dawniejszych statystyk doszedł do tych samych wniosków. Przeprowadzone sekcje wykazały istnienie wrzodów żołądkowych u 54 mężczyzn i 37 kobiet w wieku od lat 10-ciu do 49-ciu. Od 50-go do 70-go roku życia natomiast było *60-ciu* mężczyzn chorych na wrzody, a 77 kobiet. O roli gruczołów płciowych świadczy znany fakt, że wrzody żołądka występują niezmiernie rzadko przed okresem dojrzewania.

Dalej można stwierdzić, że — przynajmniej na podstawie danych klinicznych — kobiety rzadziej zapadają na tę chorobę, oraz że owrzodzenie to do pewnego stopnia wywiera wpływ hamujący na działalność jajników, wreszcie, że przebieg choroby jest na ogół u kobiet łagodniejszy niż u mężczyzn. Wszystko to skłoniło mnie do próbnego zastosowania kuracji hormonowej — hormonem jajnikowym — w ostatnich miesiącach ubiegłego roku. Skłoniło mnie do tego — oprócz tego punktu widzenia — również przeświadczenie, iż stosowanie hormonu jajnikowego da mi możność przekształcenia — do pewnego stopnia — właściwości strukturalnych samego organizmu i przez to — zapobiegania nawrotowi.

Na kilka dni przed lutowym zebraniem związku lekarzy dowiedziałem się, że *Korbsch* już w ubiegłym roku osiągnął dobre rezultaty w leczeniu chorób żołądka oraz kiszek, zwłaszcza w wypadkach kataru kiszek wzgl. żołądka, i colitis ulcerosa przy pomocy hormonu jajnikowego i kwasu askorbinowego. W swoim artykule wymienia on cztery wypadki wyleczenia wrzodów żołądka, w których niewątpliwą poprawę stwierdzono gastroskopowo. Ze względu jednak na to, że często przypisuje się właściwą siłę leczniczą również kwasowi askorbinowemu, szczupły materiał Korbscha nie może być przekonywujący. Z drugiej strony badania te są o tyle cenne, że wyniki były systematycznie kontrolowane gastroskopem. Już po zebraniu lekarskim w lutym słyszałem, że również we Włoszech *Arpino* przeprowadził doświadczenia w tym zakresie, stosując kwas askorbinowy i hormon jajnikowy.

Materiał doświadczalny zestawiłem — jak wyżej powiedziano — na tej podstawie, że uwzględniłem wyłącznie owrzodzenia ustalone ponad wszelką wątpliwość przy pomocy Rentgena. W przeważającej ilości wypadków robiliśmy też zdjęcia rentgenologiczne, a w każdym razie poddawaliśmy pacjentów zawsze starannemu prześwietleniu. Ze względu jednak na to, że naszymi aparatami mogliśmy robić zdjęcia tylko z naświetleniem 0,5 lub 1-sekundowym, nie wszystkie zdjęcia, niestety, wypadły doskonale. Dlatego też w jednym wypadku, który poniżej opiszę, nie mamy żad-

nych zdjęć do dyspozycji. Większą część chorych fotografowaliśmy w Centralnej Stacji Obserwacyjnej OTI, w kilku wypadkach także w II. Centralnym Szpitalu OTI (Oddział internistyczny Dr. Kürthi oraz w Instytucie w Pesthidegkut Dr. Balogh). Pacjenci byli przez jeden dzień na bardzo ścisłej diecie mlecznej, którą stopniowo łagodziliśmy, tak, że począwszy od 5-go dnia, wolno im było już jeść mięso. Chorzy dostawali przeważnie od drugiego tygodnia dietę mieszaną, odpowiadającą tak zw. jadłospisowi nadkwaśnemu, jadali oni często, lecz nie przywiązywaliśmy żadnej wagi do tego, żeby potrawy zawierały witamin C. Tak samo nie dawaliśmy im żadnych specjalnych preparatów, zawierających ten witamin lub składniki alkaliczne. Gdy chorzy skarżyli się na boleści, zastrzykiwaliśmy im rozczyn zwyczajnej soli kuchennej; w wyjątkowych wypadkach, gdy bóle stały się wprost nieznośne, stosowaliśmy też zastrzyki atropiny, ale tylko w minimalnych dawkach. Część pacjentów pozostawała w szpitalu aż do całkowitego wyzdrowienia; część natomiast opuszczała po 2 — 3 tygodniach szpital i przychodziła tylko do ambulatorium. W kilku wypadkach chorzy przeprowadzali całą kurację od początku do końca, tylko w ambulatorium. Muszę jednak podkreślić, że nawet w szpitalu nie trzymaliśmy chorych ciągle w łóżkach, lecz staraliśmy się, żeby pacjenci największą część dnia spędzali poza łóżkiem.

Hormon jajnikowy stosowaliśmy w dawkach po 10.000 jednostek w rozczynie (Glandofolin Richtera), które co trzy dni wstrzykiwaliśmy domięśniowo. Jak się jednak zdaje, należy dawkować indywidualnie; bywali bowiem chorzy, którym powyższą dawkę wstrzykiwaliśmy co dwa dni.

O sposobie dawkowania należy powiedzieć nieco więcej. *Korbsch* w czterech wypadkach stosował 10.000 jednostek hormonu dziennie. Moim zdaniem, jest to dawka zbyt wielka, zwłaszcza jeżeli wychodzimy z założenia, że choroba ta wskutek swego charakteru strukturalnego należy do długotrwałych i wymaga dłuższego leczenia. Po zagojeniu się wrzodu żołądkowego dawaliśmy 10.000 jednostek *tygodniowo,* a jeszcze później 10 — 20.000 jednostek c o d w a t y g o d n i e. Ten sposób dawkowania ma na celu utrwalenie rezultatów osiągniętych oraz zmniejszenie niebezpieczeństwa recydyw. Dotychczasowe wyniki naszych doświadczeń nie stanowią jeszcze dowodu, że przez systematyczne stosowanie hormonu jajnikowego można zapobiec nawrotom i tak samo nie możemy jeszcze twierdzić, że zastosowana przez nas ilość jest wystarczająca. Za mało czasu upłynęło, żeby to już można stwierdzić z całą stanowczością. Nasz najstarszy wiekiem pacjent, 60-cioletni mężczyzna, który cierpiał na wrzód żołądka, rozpoczął u nas kurację w styczniu r. b., a pracuje regularnie znów od 25 lutego. Od kilku miesięcy dostaje on miesięcznie 20.000 jednostek hormonu. Chory ten, którego proces leczenia kontrolowaliśmy, zarówno Rentgenem, jak i gastroskopem, czuje się do tej pory zupełnie zdrów i nie wykazuje żadnych objawów swej dawnej choroby.

Zanim można będzie zdać sobie sprawę z osiągniętych sukcesów, trzeba najpierw szukać odpowiedzi na pytanie, czy całkowite — anatomiczne i kliniczne — wyleczenie wrzodu żołądka dowodzi już bezwarunkowo, że dany sposób leczenia jest skuteczny. Na pytanie to możemy, na podstawie naszych wiadomości w tej dziedzinie stanowczo odpowiedzieć: *nie!* Pewna część wrzodów bowiem zdradza skłonności do samogojenia się. W takich wypadkach wrzody mogą się zagoić bez żadnego zabiegu; takie wypadki zaś nie dowodzą, oczywiście, skuteczności danej metody leczniczej. Z drugiej strony nie ulega wątpliwości, że w wielu innych wypadkach taka skłonność nie istnieje. Ponieważ przed rozpoczęciem kuracji nie można rozstrzygnąć kwestii, czy dany wrzód zagoi się sam czy nie, przeto jasne jest, że tylko liczny materiał doświadczalny może dostarczyć ścisłych dowodów skuteczności danego środka wzgl. metody. Jeżeli dana metoda lecznicza w przeważającej ilości wypadków okaże się skuteczna, wtedy można z wielkim prawdopodobieństwem wnioskować, że metoda ta rzeczywiście posiada wartość leczniczą.

Poza tym istnieje jeszcze możliwość, porównania wyników nowej metody z doświadczeniami, poczynionymi na podstawie starych metod leczniczych. *Fornet* miał — według jego własnych danych — od r. 1933 do 1937 ogółem 97 wypadków, gdzie stwierdzono bezsprzecznie początkowy okres wrzodów żołądka lub kiszek. W 32 wypadkach wrzody te znikły w ciągu 3 — 6 tygodni, w 7 wypadkach zmniejszyły się one wydatnie. W 58 wypadkach natomiast nic się nie zmieniło. 40 wypadków z tego materiału odnosi się jednak do okresu 3 — tygodni; wobec tego nie można twierdzić z całą pewnością, że wrzody w razie kontynuowania kuracji nie znikłyby jednak całkowicie. W 18 wypadkach natomiast wrzody pozostawały niewątpliwie od 3 miesięcy do 5 lat zupełnie bez zmian. Ilość niewyleczonych sięga zatem 20%, a prawdopodobnie jeszcze więcej.

W przeciwieństwie do tych wyników osiągnęliśmy *znacznie lepsze* rezultaty, stosując hormon jajnikowy. Ogółem leczyliśmy 53 chorych, u których istnienie wrzodów stwierdzono Rentgenem; częściowo były one też kontrolowane gastroskopem. Wypadków wrzodów żołądkowych było 39 (27 mężczyzn, 12 kobiet), wrzodów kiszkowych (dwunastnicy) 12 (sami mężczyźni); ponadto były jeszcze 2 wypadki t. zw. wrzodów jelita czczego. Te ostatnie 2 okazały się nieuleczalne. Na 39 wypadków wrzodów żołądkowych natomiast było *35 całkowitych wyleczeń,* a tylko 4 nie zagoiły się. Wrzody kiszkowe zostały wyleczone *bez wyjątku.* Wśród czterech wypadków nie wyleczonych, Nr. 33 wykazał wprawdzie kliniczne objawy wyleczenia, ale obraz anatomiczny pozostał bez zmian. Był to 45-letni mężczyzna, który od 6-ciu lat cierpiał na wrzód żołądka. Rentgen wykazał silne zabliźnienie oraz znaczne zwiększenie cieni w obrazie. Po zastosowaniu hormonu jajnkowego bóle znikły, lecz obraz rentgenologiczny nie zmienił się. Chory pracuje teraz znów regularnie; gdyśmy jednak

poddali go powtórnemu prześwietleniu, okazało się, że wielkie cienie pozostały nadal bez zmian. Wskutek zabliźnienia żołądka nie można było, niestety, stwierdzić gastroskopem, czy cienie te są rzeczywiście następstwem wrzodu czy tylko zabliźnienia.

Nr. 21. Jest to 30-letni mężczyzna, który miał wrzód żołądkowy wielkości orzecha laskowego. Po 7-mio tygodniowej kuracji hormonowej bóle znikły całkowicie, a wrzód sam zmniejszył się do jednej trzeciej swych poprzednich rozmiarów. Również badanie gastroskopowe wykazało jeszcze istnienie wrzodu. Chory zaczął znów pracować i dostawał tygodniowo 10.000 jednostek hormonu. Pięć tygodni później stan chorego pogorszył się znowu, a badanie rentgenologiczne wykazało powiększenie się wrzodu. Przypuszczam, że w tym wypadku rozpoczęcie przez chorego pracy zawodowej oraz *zmniejszone* wskutek tego dawki hormonu mogły odgrywać pewną rolę w pogorszeniu się jego stanu.

Nr. 37, 32-letni mężczyzna z dość dużym wrzodem, który nie zmienił się mimo 3-miesięcznej kuracji hormonowej. W tym wypadku jednak pacjent nie tylko przestał pracować, ale nie chciał w ogóle iść do szpitala, lecz wykonywał w dalszym ciągu swój zawód górnika! Diety nie przestrzegał, jadał słoninę i chleb, a w niedziele pił wino. Poza tym nie odwiedzał już lekarza, gdy tylko znikły subiektywne bóle; dopiero po silnych namowach udało się go skłonić do przyjęcia zastrzyków. Jednak zastrzyki te dawano bardzo nieregularnie. Chory otrzymał 15 zastrzyków hormonowych (150.000 jednostek) w ciągu trzech miesięcy.

Nr. 26. Jest to jedyny wypadek, gdzie stosowanie hormonu jajnikowego nie wpłynęło korzystnie ani na kliniczne, ani na obiektywne objawy choroby. Chodzi tu o 56-letniego mężczyznę, który miał wrzód żołądkowy wielkości ziarna grochu. Po 3-tygodniowej kuracji bóle nie złagodniały, a kilkakrotnie robione zdjęcia rentgenologiczne wykazywały stały wzrost wrzodu.

Wypadków, zakończonych szczęśliwym wyleczeniem, nie chcę tu wyszczególniać, gdyż jest ich za dużo. Podam tylko krótko historię 9-ciu wypadków, gdzie zawiodły wszystkie dotychczasowe metody leczenia, a dopiero stosowanie hormonu jajnikowego doprowadziło do uzdrowienia. Dlatego sądzę, że przypadki te mogą wzbudzić specjalne zainteresowanie.

Nr. 7. 56-letnia kobieta, której wrzód żołądka w r. 1934 poddano kuracji szpitalnej. Do mojego oddziału chora dostała się w marcu 1938 r. Wtedy badanie zarówno rentgenologiczne jak i gastroskopowe wykazało, że wrzód ten od r. 1934 pozostał niezmieniony. Po 6-cio tygodniowej kuracji hormonowej wrzód znikł całkowicie ,pozostawiając tylko nieznaczne blizny.

Nr. 11. 40-letni mężczyzna, u którego pierwsze bóle żołądka wystąpiły w r. 1930. W styczniu 1937 r. stwierdzono u niego wrzód wielkości orzecha laskowego; wkrótce potem zaczęto go leczyć w szpitalu. W stycz-

niu roku bieżącego zdjęcie rentgenowskie przedstawiało ten sam obraz, co rok temu. Po 7-tygodniowej kuracji hormonowej natomiast wrzód zagoił się całkowicie. Począwszy od marca r. b. pacjent wykonuje bez żadnych przeszkód swój zawód szofera.

Nr. 13 . 47-letnia kobieta, którą w r. 1917 poddano operacji (gastroenteroanastomosis). W r. 1932 stwierdzono u niej wrzód wielkości ziarnka grochu w żołądku. Od tego czasu leczono ją systematycznie. W marcu 1935 r. chora ta dostała się do mego oddziału, gdzie stwierdziłem Rentgenem, że wrzód był tej samej wielkości i na tym samym miejscu, co przed 6 laty. Chora dostała 11 zastrzyków w ciągu 5 tygodni; potem ponowne zdjęcie rentgenologiczne wykazało zupełne zniknięcie wrzodu.

Nr. 31. 62-letnia kobieta, która od 10 lat odczuwała bóle żołądka. W ostatnim półroczu ubyło jej 15 kg. W lutym 1938 r. badanie zarówno rentgenelogiczne, jak i gastroskopowe wykazało istnienie wrzodu wielkości ziarna bobu. Poradziliśmy jej, by została w szpitalu na kuracji ,lecz chora powróciła do domu, a tam, na prowincji, poradziła się lekarza powiatowego. Aż do maja r. b. nie słyszeliśmy już nic o niej, aż nagle zjawił się jej mąż, który nam powiedział, że stan jego żony jest bardzo groźny. Wobec tego kazaliśmy chorą natychmiast przewieźć do szpitala. Okazało się, że oprżcz wrzodu, nie wykazującego żadnych zmian na lepsze, rozwinęło się zapalenie płuc. Zapalenie to leczyliśmy zastrzykami z oleju kamforowego, a równocześnie stosowaliśmy nasz hormon. Dzięki temu udało się ciężko chorą kobietę utrzymać przy życiu. Po 5-tygodniowej kuracji ustąpił ból żołądka, a wrzód znikł zupełnie.

Nr. 34. 42-letni mężczyzna, którego wrzód żołądkowy leczono ścisłą dietą, arszenikiem oraz atropiną i papaveriną. Po pięciu tygodniach żadna poprawa nie była widoczna, a badanie rentgenologiczne wykazało, że wrzód wielkości orzecha laskowego pozostał niezmieniony. Po 10 zastrzykach hormonowych wrzód znikł.

Nr. 39. 40-letni mężczyzna, którego wrzód (w dwunastnicy) pomimo 5-tygodniowej kuracji szpitalnej, nie wykazał żadnych zmian. Po jego wyjściu ze szpitala zaczęliśmy go leczyć w ambulatorium. Chociaż pacjent ten pracował w dalszym ciągu regularnie, wrzód jego znikł całkowicie po 14 zastrzykach hormonowych.

Nr. 43. 35-letni mężczyzna, który długo cierpiał na wrzód kiszki. Przed trzema laty leczyliśmy na moim oddziale. W styczniu 1938 r. dostaliśmy go znowu, w bardzo ciężkim stanie. Ubyło mu 6 kg., cierpiał na bardzo silne bóle i zupełny brak apetytu. Badanie rentgenologiczne wykazało to samo zniekształcenie, co przed trzema latami. Po drugim zastrzyku hormonowym nastąpił krwotok oraz melaena. Przez 10 dni stosowaliśmy tylko wstrzykiwanie soli kuchennej i kurację hormonową, rozpoczęliśmy na nowo dopiero w 10 dni po ustąpieniu wszelkich objawów krwawie-

nia. Po 8 tygodniach chory nie odczuwał już żadnych bólów, przybyło mu na wadze 8 kg., a wrzód, który od lat 3-ch nie zmienił się zupełnie, znikł ostatecznie. Chory pracuje znów regularnie od 16-go marca, dostaje co miesiąc 20.000 jednostek hormonu i czuje się zupełnie dobrze.

Nr. 44. 27-letni mężczyzna, który od r. 1929 uskarżał się na bóle żołądkowe. Był dwa razy w szpitalu na kuracji, w czerwcu 1937 i w marcu 1938 r. Miał wrzód w kiszce wielkości ziarnka grochu. W szpitalu leczyli go, poza ścisłą dietą — histidiną. Podczas kuracji tracił na wadze, natomiast nadal odczuwał bóle: dlatego też opuścił szpital po 24 dniach. W dwa tygodnie później zgłosił się do naszego oddziału, gdzie stwierdziliśmy Rentgenem, że wrzód jego pozostał bez zmian. Po 15 zastrzykach hormonowych przybrał 3 kg. na wadze, bóle ustały i wrzód znikł. Nie potrzebował przestrzegać surowej diety, mógł swobodnie palić (podczas pierwszej kuracji szpitalnej nie pozwolono mu na to!), a podczas ostatnich dwóch tygodni przychodził już tylko do ambulatorium na zastrzyki.

Nr. 53. 36-letni mężczyzna, który w grudniu 1937 r. leżał po raz pierwszy na naszym oddziale; badanie rentgenologiczne wykazało wówczas wrzód w kiszce; brzegi wrzodu były nierówne. Na prowincji, gdzie zamieszkuje, systematycznie był leczony. W kwietniu 1938 r. odesłano nam go z powrotem; obraz rentgenologiczny pozostał ten sam, również bóle nie ustąpiły. Zastosowaliśmy więc naszą kurację hormonową, przy czym chory mógł leżeć w domu. Po 14 zastrzykach hormonowych, w czerwcu 1938, zbadaliśmy go ponownie: zarówno wrzód, jak i wszelkie bóle znikły całkowicie.

Streszczając powyższe wywody można stwierdzić, że z pośród 51 chorych z wrzodami kiszek lub żołądka, 47-iu zostało zupełnie wyleczonych dzięki zastosowaniu kuracji hormonowej (Glandofolin Richter). Aczkolwiek wrzody te w pewnej ilości wypadków goją się niewątpliwie samoczynnie, to wydaje się jednak bardzo prawdopodobnym, jeżeli nie pewnym, że kuracja hormonowa wywiera wpływ *decydujący* na pomyślny przebieg leczenia, gdyż:

1) wyleczenie następowało zawsze tylko przy stosowaniu samego tylko hormonu, bez podawania żadnego innego środka;

2) chorzy nie przestrzegali ścisłej diety i nie potrzebowali ciągle przebywać w łóżku;

3) kuracja hormonowa okazała się skuteczna w *przeważającej* ilości wypadków ,co zostało niezbicie stwierdzone;

4) w 9-ciu wypadkach dawne metody lecznicze nie dały żadnego rezultatu, a dopiero po zastosowaniu kuracji hormonowej chorzy zostali całkowicie wyleczeni.

Pytanie, czy metodą hormonową można również zapobiec nawrotom, może być rozstrzygnięte dopiero na podstawie dłuższych doświadczeń i dalszych obserwacyj.



6. sz.	6. sz.	8. sz.	8. sz.	9. sz.	9. sz.
1938. IV. 19.	1938. VI. 7.	1938. II. 20.	1938. III. 24.	1938. I. 5.	1938. II. 7.



11. sz.	11. sz.	11. sz.	12. sz.	12. sz
1938. I. 15.	1938. II. 6.	1938. II. 28.	1938. I. 20.	1938. II. 17.



14. sz.	14. sz.	15. sz.	15. sz.	16. sz.	16. sz.
1938. III. 2	1938. IV. 8.	1938. III. 4.	1938. IV. 14.	1938. III. 21.	1938. IV. 23.



17. sz.	17. sz.	17. sz.	17. sz	18. sz.	18. sz.
1938. II. 8.	1938. III. 26.	1938. IV. 22.	1938. VI. 8.	1938. III. 28.	1938. V. 1.



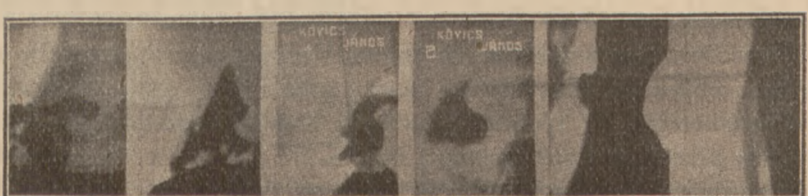
19. sz. 1938. III. 6. — 19. sz. 1938. V. 5. — 20. sz. 1938. III. 1. — 20. sz. 1938. IV. 25. — 22. sz. 1938. IV. 16. — 22. sz. 1938. V. 10.



23. sz. 1938. III. 30. — 23. sz. 1938. IV. 29. — 28. sz. 1938. IV. 13. — 28. sz. 1938. V. 4. — 28. sz. 1938. VI. 4.



33. sz. 1938. III. 15. — 33. sz. 1938. VI. 15. — 37. sz. 1938. III. 20. — 37. sz. 1938. VI. 2. — 41. sz. 1938. III. 4. — 41. sz. 1938. III. 9.



44. sz. 1938. V. 4. — 44. sz. 1938. VI. 13. — 47. sz. 1938. III. 20. — 47. sz. 1938. V. 2. — 51. sz. 1938. IV. 20. — 51. sz. 1938. VI. 24.

Dr. P. HERYNG.

LECZENIE I ZAPOBIEGANIE BŁONICY.

(ciąg dalszy).

Leczenie błonicy złośliwej. Ta postać *toksyczno-krwotoczna błonicy*, mimo leczenia bardzo dużymi dawkami surowicy, od samego początku choroby, daje zastraszający odsetek *śmiertelności* (do 50 — 60%), wskutek ciężkiego uszkodzenia układu krążenia, nadnerczy, nerek, wywołanego działaniem toksyny błoniczej, która w ciężkich przypadkach wiąże się błyskawicznie szybko i nierozerwalnie z komórkami serca i nerwów. (Armand - Delille, Weiss, Radineau.) Zagadnienie skutecznego leczenia *błonicy* złośliwej należy uważać jeszcze za niedostatecznie rozwiązane. Należy przypuścić, że ostatnio wprowadzone metody leczenia zmniejszą w znacznym stopniu śmiertelność tej postaci błonicy.

Surowica przeciwbłonicza. — surowice przeciwpaciorkowcowa i przeciwzgorzelinowa oraz inne *metody leczenia błonicy złośliwej.*

Marquezy w 63 przypadkach błonicy złośliwej, leczonej bardzo wcześnie surowicą przeciwbłoniczą w dawce 100 tys. j. a. aż do całkowitej ilości 5200 tys. w ciągu czterech dni miał same zejścia śmiertelne. Śmierć nastąpiła bardzo prędko nawet wtedy, kiedy błony zupełnie zniknęły z gardła. Hottinger podaje 50% śmiertelności przy leczeniu surowicą. Sudhues mimo stwierdzenia, że błonica złośliwa odznacza się wysoką śmiertelnością twierdzi, że bardzo *wczesne* podawanie surowicy w dużych dawkach może jednak uchronić chorego od śmierci. Niektórzy autorzy wysuneli hypotezę, że wprowadzenie do ustroju dużych ilości obcego białka (surowica) może uszkodzić nerki i dlatego zaczęli podawać w błonicy złośliwej małe dawki surowicy. To błędne pojęcie zwalcza *Challier*, który wykazuje, że w błonicy złośliwej nerki są uszkodzone nie przez surowicę ale przez jad błoniczy. Ciężkich zaś objawów mocznicy można uniknąć przez bardzo wczesne podawanie dużych dawek. *Bie* nie stracił ani jednego chorego na błonicę złośliwą przy natychmiastowym zastosowaniu surowicy w pierwszym dniu choroby. Lorenz podaje surowicę przeciwbłoniczą i surowicę zwykłą, uważając, że to połączenie lepiej działa w błonicy złośliwej niż sama surowica swoista.

Prace Bermana wykazały, że angina złośliwa o nagłym gwałtownym początku z objawami toksycznymi zależy często od dodatkowego *zakażenia paciorkowcami.* W tych przypadkach Meyer łączy swoistą surowicę z surowicą *przeciwpaciorkowcową* i otrzymuje o wiele lepsze wyniki, niż z samą surowicą, przeciwbłoniczą. Podaje on następujący schemat leczenia błonicy złośliwej: rozpoczyna on od 1000 j. a. na kg. wagi dożylnie. Po czym 2000 j. a. dom. co 3 godz. prze 3 — 4 dni, do tego dodaje się surowicę przeciwpaciorkowcową. W błonicy złośliwej ta symbioza zdaje




DRASTIN-
LUBELSKI
CZEKOLADA PRZECZYSZCZAJACA

się często występować, dlatego też Schechter w błonicy złośliwej z zakażeniem paciorkowcowym podaje *szczepionkę* Delbeta i surowicę. W ten sposób uodparnia on biernie przeciw błonicy, czynnie zaś przeciw zakażeniu streptokokowemu. Gorecki w Rosji stosuje t. zw. *Symbiose - Serum,* jest to surowica konia uodpornionego hodowlą bakterii błoniczych, wyhodowanych w symbiozie ze streptokokami. Stroe i Hortopan w r. 1931 wychodząc z założenia, że często, w błonicy złośliwej występują *beztlenowe* (b. perfringens, vibrio septicus, b. oedematis maligni), dołączają we wszystkich prawie przypadkach błonicy do surowicy przeciwbłoniczej surowicę *przeciwzgorzelinową*. To leczenie mieszane zmniejszyło śmiertelność z 43% do 28%. Kłobudowska, opierając się na tych doniesieniach, podawała w 100 przypadkach błonicy surowicę *przeciwbłoniczą i zgorzelinową* domięśniowo codziennie lub co dwa dni aż do chwili oczyszczenia gardła z nalotów. Dawka ogólna wynosiła zależnie przypadków od 20 do 35 tys. j. a. surowicy błoniczej i 20 — 30 cm. surowicy zgorzelinowej wieloważnej. Autorka przypisuje pomyślne wyniki surowicy zgorzelinowej. Inni autorzy podają 2 flakony surowicy przeciwzgorzelinowej po 50 ccm. w ciągu dwuch - trzech dni i uzyskują znaczną poprawę w błonicy złośliwej.

Horren w błonicy złośliwej obok surowicy przeciwbłoniczej podaje przy postępującej martwicy *surowicę beztlenowcową* i zaleca jednoczesne *przetaczanie* krwi w ilości 300 cm. Poza tym podaje on 1% efetoninę kilka razy dziennie, po 20 kropel. W razie zakażenia streptokokowego, 20 — 30 ccm. domięśniowo surowicy przeciwpaciorkowcowej. Steckel podaje surowicę błoniczą ale łączy ją zawsze z *przetaczaniem* krwi w ilości od 300 do 400 ccm. dziennie, w ten sposób obniżył on śmiertelność z 80% do 40%. Przetaczanie krwi wywiera natychmiastowe działanie korzystne na stan ogólny pacjentów. Pomyślnie też wpływa na przebieg towarzyszącego błonicy zapalenia mięśnia sercowego. Dumel stosuje również surowicę i przetaczanie krwi.

Konitzer podaje *surowicę błoniczą, Detoksynę* i *Cebion.* Detoksynę ogrzewa się do ciepłoty ciała i wstrzykuje się powoli dożylnie. Początkową dawkę 5 ccm. powiększa się stopniowo. Niekiedy trzeba wstrzykiwać 2 — 3 razy dziennie, wstrzykiwania Detoksyny należy stosować aż do całkowitego oddzielenia się nalotów. Cebion w ilości 2 ccm. — 0,1 gr. dziennie podaje się pozajelitowo.

Breuer i Orou stosuje 30 — 60 ccm. alkoholu dożylnie, otrzymując nadspodziewanie ustąpienie ostrych objawów błonicy złośliwej.

Maclean zwraca uwagę na zmniejszenie się ilości chloru i sodu w błonicy złośliwej, podaje więc *duże ilości soli.*

N. Begg opierając się na tym, że glykogen znika zupełnie z mięśni i wątroby, w tej postaci błonicy podaje duże ilości *cukru gronowego,* dekstrozy i insuliny.

Strychnina w błonicy złośliwej. W błonicy stosowano oddawna jako leki dodatkowe strychninę, adrenalinę, kofeinę, kamforę itd. w dawkach ogólnie przyjętych. Paisseau zastosował poraz pierwszy w r. 1931 *duże dawki strychniny.* Wraz z Braillon, Vaille, Janette - Wallon donosi on o świetnych wynikach strychnolecznictwa w tej postaci. Punktem wyjścia dla tych autorów był fakt dobrych wyników, w zatruciach środkami barbiturowymi. Chorzy na błonicę odznaczają się wielką tolerancją na strychninę. Autorzy ci podają od pół do dwuch mgr. dziennie strychniny na kg. wagi. Leczenie jest skuteczne tylko wtedy, kiedy zostało rozpoczęte w pierwszych 5 dniach od ustąpienia anginy; i powinno trwać 50 dni; dawka dzienna powinna być rozłożona na kilkakrotne wstrzykiwania dzienne. Przy wystąpieniu znacznych objawów nietolerancji (zawroty głowy, podrażnienie czuciowe, wzmożenie odruchów, objaw Chwostka) należy leczenie przerwać. Leczenie to powinno być połączone ze stosowaniem surowicy, ouabainy, wyciągu kory nadnerczy, adrenaliny, hypofizyny itd. W czternastu przypadkach autorzy mieli dobre wyniki bez zejścia śmiertelnego. W postaciach krwotocznych najczęściej śmiertelnych uratowali oni chorych, podając 1 mgr. strychniny na kg. wagi. Przeciwwskazaniem do stosowania strychniny jest krup, gdyż strychnina może zwiększyć skurcz. Głośni Carrez, Soury, Janbon, Alque, Simon zachwalają bardzo tę metodę, — która dała im same wyleczenia.

Witamina C i kora nadnercza w błonicy złośliwej. Zagadnienie schorzeń zakaźnych a szczególnie błonicy wkracza obecnie w nowy okres dzięki temu, że na jego czoło wysunęły się ostatnio sprawy nieswoistego leczenia ogólnego, w szczególności zaś stosowanie wyciągów z kory nadnerczy, zawierających kwas askorbinowy. Anatomo-patologiczne i kliniczne dane wskazują na to, że w przebiegu ostrych chorób zakaźnych a szczególnie błonicy poważną rolę odgrywają toksyczne uszkodzenia kory nadnerczy, zawierającej bardzo dużo wit. C. Błonica prowadzi do ciężkich wstecznych zmian i uszkodzeń w obrębie kory nadnerczy, stąd też należy przypuszczać, że przyczyna śmierci w błonicy tkwi w uszkodzeniu tak dla życia ważnej kory nadnerczy. Doświadczenia wykazały, że morskie świnki, którym podawano kwas askorbinowy nie giną mimo wstrzyknięcia dużych dawek toksyny błoniczej w odróżnieniu od zwierząt kontrolnych. Poza tym ciężkie uszkodzenia błonicze wywołują w obrębie kory nadnerczy znaczne wylewy krwawe, martwicę i ogromne zmniejszenie się ilości wit. C., natomiast po podaniu *kwasu askorbinowego* zmiany te nie występują. Po stosowaniu kw. askorb. rzadziej też występują przy doświadczalnym zatruciu błoniczym uszkodzenia serca, jelit, płuc, oraz zmiany w składzie krwi, w napięciu mięśni gładkich w gospodarce węglowodanowej. Wyżej wymienione zmiany anatomiczne i czynnościowe znajdują swój wyraz w różnobarwnym obrazie klinicznym błonicy i zaburzenia te stwierdzone w klinice przebiegają ze zmianami w obrębie nadnerczy.


Certificate of Control

Obraz kliniczny ciężkiej błonicy jest często podobny do zespołu niedomogi nadnerczy (znaczny spadek ciśnienia krwi, biegunki, wychudzenie, brak łaknienia, subnormalna ciepłota, adynamia). Zestawienie więc danych doświadczalnych i klinicznych dowodzi niezbicie, że *kora nadnerczy* jest narządem o ogromnym znaczeniu dla zachowania i *wzmagania sił odpornościowych ustroju wobec błonicy*. Wobec tego, że kora nadnerczy zawiera normalnie *bardzo dużą ilości* wit. C, więc i witamina C gra olbrzymią rolę w zakażeniu. Doświadczenia własne wykazały, że w przebiegu błonicy ilość wit. C jest znacznie obniżona. Opierając się na tych danych doświadczalnych i klinicznych zaczęto stosować *wit. C i korę nadnerczy* w błonicy i spostrzeżono, że ona reaguje korzystnie na te leki. Konieczne jest jednak bardzo wczesne rozpoczęcie leczenia i podawanie dużych dawek tych leków. Mouriquand, Sedaillan i Coer wykazali, że zatrucie błonicze odbija się szczególnie na nadnerczach, wywołując ich niewydolność. Stwierdzili oni również, że w błonicy złośliwej zawartość wit. C znacznie się zmniejszyła, dlatego też zaczęli stosować bardzo duże dawki kory nadnerczy i wit. C. Cennym uzupełnieniem tego leczenia okazało się jednoczesne wprowadzenie 10 cm. 10% rozczynu soli. Z początku autorzy ci rozpoczynali leczenie wyciągami z kory nadnerczy z chwilą wystąpienia objawów niedomogi krążenia, później jednak, gdy zaczęli wykonywać badania *elekrtokardiograficzne* okazało się, że kiedy jeszcze klinicznie trudno jest stwierdzić niedomogę, istnieje już znaczne uszkodzenie mięśnia sercowego i układu przewodzącego. Okazało się również, że stosowane leczenie zawodziło, gdy przekroczony został pewien stopień uszkodzenia serca. *Śmiertelność* ze 100% spadła do 39%. Wiemy że od kory nadnerczy zależy gospodarka soli chloru, potasu, sodu, węglowodanów, tłuszczów, białka, siarki itd. Otóż w doświadczalnym zatruciu świnki morskiej jadem błoniczym oraz w błonicy u ludzi autorzy ci stwierdzili zwiększoną zawartość azotu resztkowego i białka we krwi. Podwyższenie zawartości azotu resztkowego i mocznika zależy od zaburzeń w przemianie białkowej a nie od niewydolności nerek. Pod wpływem leczenia wit. C i korą nadnerczy azot resztkowy i mocznik wracają do normy, co dowodzi, że w patogenezie błonicy dużą rolę odgrywa kora nadnerczy. Zawartość chloru we krwi człowieka chorego na błonicę zmniejsza się, chlor zostaje zatrzymany w tkankach.

Hegler podaje wit. C i korę nadnerczy domięśniowo przez 8 — 14 dni, poza tym stosuje surowicę. Oprócz tego Kardiazol, Sympatol, roztwory soli fizjologicznej z glukozą i dodatkiem kofeiny i Sympatolu dożylnie i w lawatywie. Chory musi bardzo długo pozostawać w łóżku.

Maclean, Skrocki, Dieckhoff, Steinhardt, Tiele i Berger podają 10 — 20 cm. wyciągu kory nadnerczy i 400 mgr. *wit. C* dożylnie. Leczenie to uzupełniają oni podawaniem roztworu soli. Starker podaje już *korę nadnerczy* i *wit. C* przed wystąpieniem objawów elektrokardiograficznych.

W *błonicy złośliwej* stwierdza się szereg objawów wywołanych działaniem toksyny błoniczej, przeciw którym należy stosować środki objawowe. Zaburzenia te dotyczą w znacznym stopniu przemiany węglowodanowej, stężenia hemoglobiny, które wzrasta, koncentracji elektrolitów — które się zmniejszają, oraz azotemii. Są to objawy niedomogi nerek, wątroby, kory nadnerczy itd. Jednym z objawów, które należy zwalczać, są wymioty. Wywołują one utratę elektrolitów i odwodnienie. Podajemy więc dożylnie i podskórnie rozczyny soli fizjologicznej z cukrem, gdyż rozczyny *samego cukru* w większych ilościach mogłyby działać toksycznie, odciągając z tkanek przed ich wessaniem się wodę i elektrolity. Dzieciom młodszym do 2 lat wlewa się dożylnie w ciągu 2 — 3 godzin 250 cm 10% glukozy (25% rozczyn glukozy może wywołać trombozę). W wieku do 6 lat 600 ccm. Dzieciom starszym jeszcze więcej. Zaburzenia ze strony mięśnia sercowego są leczone tylko Ouabainą i środkami obwodowymi. Naparstnicy nie stosuje się.

Leczenie porażeń błoniczych surowicą. W sprawie leczenia porażeń błoniczych surowicą istnieją tak samo wątpliwości i spory, jakie widzimy w leczeniu błonicy surowicą przeciwbłoniczą. Tu spór polegał na tym *ile* stosować surowicy i *jak* długo, tam zaś chodzi o rozstrzygnięcie, *czy należy* stosować surowicę w porażeniach. Odnośnie leczenia surowicą porażeń błoniczych dominuje zgoda tylko co do jednego punktu: *jeżeli* błonica z jakiegokolwiek powodu nie była leczona surowicą i porażenia wystąpiły, należy *bezwzględnie* podać surowicę. Ogólnie przyjmuje się, że jeżeli wystąpiły porażenia to dlatego, że podano *za mało* surowicy lub za *późno,* jad zdążył się już rozlać i utrwalić w nerwach. *Czas* bowiem podania surowicy w anginie błoniczej jest niezmiernie ważny. Często jednak zdarza się że nawet po wczesnym podaniu surowicy i to w dużych dawkach porażenia występują. Otóż Comby, Marfan, Martin, Laobry, Kurylski, Dufour uważają, że we wszystkich przypadkach *bez wyjątku* z chwilą wystąpienia porażeń należy podawać lub kontynuować dalsze podawanie surowicy. Autorzy ci twierdzą, że kontynuowanie podawania surowicy w ilości 60 ccm i więcej powodują ustąpienie porażeń. Cruchet i Cinestons wstrzykują surowicę po ustąpieniu anginy i twierdzą, że *długotrwałe* stosowanie surowicy w ilości 60 — 80 ccm. dziennie nie pozwala na wystąpienie porażeń. Debret, Grenet, Marquezy, Uhry, Ramon, Habany i inni twierdzą, że jeżeli surowica była w odpowiedniej ilości stosowana w anginie, to w chwili wystąpienia porażeń nie należy jej podawać, tymbardziej, że w przebiegu porażeń zawartość antytoksyny w krwi jest dostateczna dla zobojętnienia toksyny. Porażenie zostaje wywołane przez utrwalenie się jadu w nerwach od samego początku choroby, tak że późniejsze stosowanie antytoksyny już nie ma racji bytu. Stąd też wynika, że porażenia wczesne jako wynikłe z masowego zatrucia są niebezpieczniejsze od porażeń późniejszych, gdzie zatrucie jest mniejsze. W okresie jawnych porażeń autorzy ci surowicy nie stosują. W celu ułatwienia przenikania su-

rowicy do komórki nerwowej Mazquezy stosuje *Teofilinę*. Kundratitz w tym samym celu wstrzykuje w pół godziny po podaniu surowicy 2 cm. Eufiliny.

Marcel Eck obserwował 384 przypadków porażeń błoniczych u dzieci i dorosłych i wnioskuje, że *porażenia występują*, albo w *trzech* pierwszych tygodniach z maximum w końcu pierwszego i na początku drugiego tygodnia — porażenia wczesne, albo w *piątym* tygodniu porażenia późne. Porażenia *wczesne* są porażeniem *podniebienia miękkiego*, są to najczęstsze porażenia. Porażenia *późne* są porażeniem podniebienia miękkiego, oczu i kończyn. Z porażeń oczu *najczęściej* występują porażenia *akomodacji*.

Porażenia *wczesne* ograniczają się do miejsca resorpcji i jadu błoniczego, tzn. do miejsca, gdzie zaczyna się zakażenie błonicze. Porażenia wczesne są więc porażeniami umiejscowionymi. Porażenia *późne* rozpoczynają się dość często w innym odcinku ustroju, niż w tym, gdzie rozpoczęła się błonica, gdyż one są wynikiem utrwalenia się toksyny, rozchodzącej się z krwioobiegiem. Toksyna ma specjalną *tendencję* do wiązania się z neuronem obwodowym, wywołując zapalenie wielonerwowe. W swoich doświadczeniach Ramon nie stwierdził jadu w mózgu. U jednego chorego możemy zobaczyć po kolei porażenia wczesne, następnie porażenia późne. Jest to zjawisko dość częste. Rokowania zaś porażeń późnych jest względnie dobre. Spostrzeżono, że porażenia *wczesne*, którym nie towarzyszy ani jeden objaw złośliwości, są bardzo *częste*. W jakich warunkach pojawiają się porażenia? Są one rzadkie po anginach lekkich, natomiast prawie stałymi zjawiskami po anginach złośliwych. Pomiędzy tymi dwoma typami istnieje postać błonicy gardzieli, zwana *anginą ciężką*, cechującą się dużym rozprzestrzenieniem się błon rzekomych ale bez objawów złośliwości. Porażenia wtórne w tej postaci są bardzo częste. Praktycznie w anginach złośliwych surowica jest prawie zawsze zbyt późno zastosowana, aby mogła przeszkodzić wystąpieniu porażeń. Zato w anginach ciężkich ilość porażeń *wzrasta* z opóźnieniem zastosowania surowicy. Eck mierzył zawartość antytoksyny u chorych, dotkniętych błonicą powikłaną i nie — porażeniami. Stosował on metodę Ehrlicha i widział, że kiedy występują porażenia, jest zawsze we krwi bardzo duża ilość antytoksyn, wystarczających do ochrony ustroju. Autor ten *nie stosuje wcale* surowicy w porażeniach, podaje on szereg argumentów klinicznych i biologicznych. Argumenty kliniczne: a) jest rzeczą bardzo trudną przewidzieć rozwój porażenia błoniczego, stąd wynika trudność w ocenie efektów leczniczych. b) porażenia które zdają się być wyleczone zazwyczaj około 50 dnia surowicą są porażeniami, które i tak zostają wyleczone bez surowicy (Grenet), w tym wypadku napewno susowica nie działa, gdyż działanie jadu nie może już w tym czasie być wzięte pod uwagę; argumenty biologiczne: teoretycznie nowy dowóz antytoksyny jest niepotrzebny, gdyż w okresie porażeń zawartość antytoksyn w surowicy jest dość duża. Su-

rowica podana jakąkolwiek drogą przychodzi zapóźno do ośrodków nerwowych. Surowica jest niezdolna zupełnie do zmiany rozwoju porażeń doświadczalnych, wreszcie wstrząs surowiczy jest zdolny do oswobodzenia jadu z jednego punktu i do rozlania go na inne punkty.

Kasato i Dematei chcąc uprzedzić powstanie porażeń stosują *surowicę* i *szczepionkę* drogą skórną przy pomocy maści z anatoksyny. Twierdzą oni że ich metoda zapobiega porażeniu. Combesco i Popesco w celu uniknięcia porażeń leczą błonicę w następujący sposób: a) jednorazowa duża dawka surowicy, b) w 3 — 4 dni później pierwsze szczepienie anatoksyną, c) w 7 — 8 dni potym drugie szczepienie anatoksyną. Szajna w każdym przypadku błonicy stosuje 1 — 2 cm. Propidonu i 20 tys. j. a. stężonej surowicy. Metoda ta ma uchraniać od powstania porażeń.

(dokończenie nastąpi).

STRESZCZENIA Z CZASOPISM OBCYCH.

P. HILPERT. *Leczenie morfinizmu.* (Medizinische Klinik Nr. 45, 11 listopada, 1938 r.).

Etiologicznie autor rozróżnia 2 postacie morfinizmu: jedna powstała na podłożu psychopatycznej konstytucji, charakteryzującej się przede wszystkim brakiem woli, druga będąca wynikiem przyzwyczajenia przy dłuższym używaniu morfiny celem złagodzenia bólów wszelkiego rodzaju. O ile prognoza tej drugiej formy morfinizmu jest według autora, dobra, o tyle przy morfinizmie powstałym na tle konstytucji psychopatycznej czas kuracji musi być bardzo długi, tj. conajmniej 6 miesięcy w zakładzie zamkniętym z późniejszą kontrolą trwającą trzy lata.

Autor podaje szemat kuracji odwykowej: przede wszystkim musi się ona odbywać w zakładzie zamkniętym, jak najkategoryczniej należy się sprzeciwiać próbom ambulatoryjnego leczenia. Chory musi wyrazić zgodę na wszelkiego rodzaju kontrolę. Chory zostaje wprowadzony z wszystkimi swymi rzeczami do pokoju, w którym jednak nie pozostanie. Po kąpieli ma się udać do drugiego pokoju w nocnej bieliźnie; zaufany pielęgniarz, zakaz odwiedzania chorego w ciągu pierwszych 14 dni, brak gotówki itp. mają uniemożliwić choremu nabycie morfiny. Odstawienie morfiny ma być nagłe, poza nielicznymi przypadkami prawdziwych zaburzeń krążenia, w których autor zaczyna od połowy dziennej dawki pacjenta, odstawiając morfinę w ciągu 10 do 14 dni. Pewnego środka zapobiegającego zjawiskom abstynencji nie ma. Chory nie może wiedzieć jaki środek otrzymuje. Autor podaje następnego dnia po odstawieniu morfiny 3 razy po 20 jednostek insuliny i jednocześnie 2 razy po 50 ctm. 25% roztworu cukru gronowego dożylnie. Poza działaniem uspakającym

wymienionych środków na układ współczulny, duże znaczenie psychoterapeutyczne ma według autora sam zastrzyk jako taki. Osłabienie zjawisk abstynencji uzyskuje się również podawaniem środków nasennych, z których autor poleca pernocton. Przy wystąpieniu objawów ze strony układu współczulnego, jak poty, dreszcze, biegunki, autor podaje 0,001 scopolaminy podskórnie, potem 4 — 5 cm. pernoctonu z 10 cm. Calcium Sandoz dożylnie, zaś w 2 — 3 godziny po obudzeniu się daje 10 cm. 5% decholiny, działającej żółcio i moczopędnie. Drugiego i trzeciego dnia autor podaje wieczorem jeszcze raz 4 — 5 cm pernoctonu, podczas następnych dni albo 8,0 paraldehydu per rectum, przy silniejszych objawach z dodatkiem 0.001 scopolaminy, albo 10.0 Rectidonu. Można stosować i somnifen, jednak autor nie radzi dawać więcej niż 3 razy po 2 ctm. somnifenu dziennie.

Ta skomplikowana kuracja: insulina — cukier — decholina i scopolamina — pernocton powinna w ciągu 3 — 4 dni osłabić objawy abstynencji. Uporczywą bezsenność, która utrzymuje się zazwyczaj przez czas dłuższy, zwalcza najlepiej naprzemienne podawania paraladehydu, rectidonu i somnifenu, godne polecenia są wszelakie zabiegi hydroterapeutyczne. Ważne jest jednoczesne odstawienie palenia.

Całkowite przezwyciężenie objawów abstynencji uzyskuje się zazwyczaj w ciągu 8 — 10 dni. Później główną rolę odgrywa psychoterapia, w postaci przede wszystkim terapii zajęciowej. Co 14 dni nieoczekiwana kwarantanna dwudniowa. Po opuszczeniu zakładu kontrola w postaci 4 dniowej kwarantanny najpierw co 2, 4 ,potem co 6 miesięcy w ciągu 3 lat.

D. Z. Mackiewicz.

———:o:———

M. C. PRUITT. *Krwawnice.* (The C. V. Mosby Company, St. Louis 1938 r.).

W monografii autor przedstawia leczenie krwawnic. Co się tyczy znieczulenia to autor stosował w przeszło 4000 przypadków 1% rozczyn Perkainy. Wystarczyło zwykle najwyżej 50 ccm. aby otrzymać rozluźnienie mięśni i uśmierzenie bólu. Perkaina ma tę zaletę, że znieczulenie trwa

4 — 12 godzin. Jako maść znieczulającą autor stosował Percainal. W przypadkach ran zalecał maść według następującego składu:

Percaini bas. 0,2, Camphor. carbol. 0,3, Zinci stearin. 3,0 Amyli, Zinc. carbon. aa 2,0 Lanolini Vaselini aa q. s. ad. 30,0

Dr. med. F. Mikulska.

———:o:———

F. COSTE i J. METZGER. *Witamin B, w leczeniu stanów bólowych.* (La Presse Médicale. Nr. 78, 1938 r.).

Witamin B, został wypróbowany we wszystkich prawie schorzeniach układu nerwowego; niektórzy autorzy zwrócili uwagę na dodatni wpływ tego środka na włókna czuciowe i zaczęto stosować witamin B, jako środek przeciwbólowy. Autorzy zastosowali leczenie witaminem B w całym szeregu schorzeń nerwowych o rozmaitej etiologii i prawie zawsze otrzymywali mniejszą lub większą poprawę, a często zupełne ustąpienie bólów.

Trudno przypuszczać, aby działanie witaminu B we wszystkich przypadkach było analogiczne do działania w chorobie Beri-beri, albo w alkoholowym zapaleniu nerwów, zwłaszcza że działanie jest niekiedy tak szybkie, że robi wrażenie jakby środek działał wprost na włókna nerwowe.

Witamin B ma, zdaniem autora, niewątpliwie wyraźne działanie przeciwbólowe, jest dobrze tolerowany przez chorych i może z łatwością być stosowany obok innych środków leczniczych. Jedyną ujemną stroną tego leku jest zbyt wysoka cena.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

M. LOEPPER, A NETTER i VIGNALON. *Ostra śmiertelna niedomoga nadnerczy, leczona olbrzymimi dawkami adrenaliny, podawanej kroplami dożylnie z natychmiastowym korzystnym efektem.* (Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. Nr. 23, r. 1938).

W przypadku rozsianej gruźlicy z zajęciem obu nadnerczy autorzy stosowali przez 27 godzin stałe podawanie dożylne adrenaliny w ogólnej ilości 31 mg. rozpuszczonych w 1400 cm^3 glukozy i w 800 cm^3 soli. Szybkość zastrzyku regulowana była w ten sposób, że chory otrzymywał z początku 120 cm^3 roztworu na godzinę, następnie 60 cm^3. Ilość adrenaliny, którą chory otrzymywał przez godzinę nie przekraczała 1 mg. Każde zmniejszenie ilości adrenaliny pociągało za sobą wystąpienie zapaści. W ciągu ostatnich 8 godzin autorzy podawali przez 1 godzinę 1,5 mg adrenaliny. Żadnych ujemnych skutków podawania tak dużej ilości adrenaliny autorzy nie obserwowali

Dr. A. Gelbard.

———:o:———

ST. KUTHAU. *Doświadczenia lecznicze z siarczanem magnezu.* (Medizinische Klinik Nr. 41, 1938).

Wypróbowawszy działanie siarczanu magnezu w rozmaitych sprawach chorobowych, autor dochodzi do następujących rezultatów:

1. Bardzo skutecznym jest codzienne podawanie dożylne siarczanu magnezu w roztworze 50% w ilości 5 cm³ na dawkę w stanach uremicznych (chronicznych); uzyskuje się w większości przypadków zwiększenie się ilości moczu, szybkie zmniejszenie się ilości mocznika we krwi, szybkie znikanie białka, wałeczków i krwinek w moczu. Przejściowo obserwuje się również niewielkie obniżenie ciśnienia krwi.

2. Duże znaczenie posiada siarczan magnezu w stanach wywołanych przedawkowaniem digitalis albo strofantyny. Autor podawał w takich razach 15 — 20 ccm 15% roztworu siarczanu magnezu dożylnie raz lub więcej i uzyskiwał zazwyczaj szybkie ustąpienie objawów toksycznych. Podawał też siarczan magnezu jednocześnie ze strofantyną tam, gdzie chciał złagodzić działanie tej ostatniej. Skurcze dodatkowe (extrasystole) niezależnie od ich pochodzenia znikają po 15 — 20 ccm 15% Mg SO_4. dożylnie szybko na kilka godzin, czasami na stałe.

3. Uspokajające działanie wywiera siarczan magnezu w pląsawicy i różnych stanach drgawkowych i kurczowych (tężec, eklampsja) również o charakterze miejscowym (colitis, migrena). W pląsawicy autor daje 20 cm³ 15% roztworu siarczanu magnezu dożylnie 2 do 3 razy dziennie. Wreszcie autor podkreśla dobry wpływ siarczanu magnezu w schorzeniach wątroby i dróg żółciowych.

Dr. Z. Mackiewicz.

———:o:———

CH. AUBERTIN i J. HOREAU. *Azotemia pokrwiotoczna.* (Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. Nr. 7, r. 1938).

Autorzy przedstawiają 4 przypadki obfitych krwiotoków z długotrwałym pozostawianiem krwi w obrębie przewodu pokarmowego, gdzie określenie poziomu azotu we krwi wykazało dość znaczną azotemię (powyżej 1 gr.), która bardzo szybko się cofała. W moczu nie było żadnych

zmian. Ilość dobowa moczu nie była zmieniona. Autorzy uzależniają azotemię od zwiększonej absorbcji białka, pochodzącego z krwi.

Dr. A. Gelbard.

——:o:——

A. LEMIERRE i P. AMEUILLE. *Prosówka jako następstwo zastrzyknięcia dożylnego zawiesiny prątków Kocha.* (Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. Nr. 7, r. 1938).

U młodego lekarza nazajutrz po zastrzyknięciu dożylnym 2 cm^3 zawiesiny żywych prątków Kocha w celu samobójczym wystąpił dreszcz i podniesienie ciepłoty, które utrzymywało się stale w ciągu 3 miesięcy, przyjmując z czasem charakter gorączki przerywanej. Posiew krwi na pożywce Loewensteina, wykonany w 10 dni po zastrzyku, jak również zaszczepienie świnkom nie dało żadnego wyniku. Zdjęcie płuc, wykonane w miesiąc po zastrzyku, wykazało wyraźne objawy prosówki. Chory jednak aż do śmierci nie miał żadnych objawów ze strony płuc. Z wyjątkiem powiększenia śledziony nie stwierdzało się żadnych zmian w innych narządach. We krwi były objawy niedokrwistości oraz początkowo leukopenia, później leukocytoza, początkowo z przewagą limfocytów, później neutrofiloza. Komórek kwasochłonnych cały czas nie było. W ostatnich dniach życia dołączyły się objawy oponowe. Należy dodać, że pacjent przechodził przed kilku laty proces gruźliczy a odczyn Pirqueta, wykonany ostatnio wypadł dodatnio. Przypadek przedstawiony jest jedynym w swoim rodzaju doświadczeniem na człowieku, które wykazuje możliwość reinfekcji gruźliczej zewnątrzpochodnej, u osobników z dodatnim odczynem skórnym na tuberkulinę. Ponadto wskazuje on na to, że już w 10 dni po przedostaniu się prątków do krwi, posiewy są ujemne t. zn., że w tym czasie bakterie zniknęły z krwi, osiedlając się w tkankach. Zaatakowanie układu nerwowego musiało nastąpić bardzo wcześnie. Świadczy o tym zatrzymanie moczu, które wystąpiło po 2 tygodniach, ustąpiło po tygodniu i zjawiło się ponownie w okresie zapalenia opon.

Dr. A. Gelbard.

——:o:——

Dr. ELŻBIETA URBANITZKY lekarka naczelna. (Z Ewangelickiego Sanatorium Dziecięcego, Wiedeń XIII). — *Leczenie kwasem askorbinowym zaburzeń w odżywianiu u niemowląt.* (Zeitschrift für Kinderheilkunde 1938, tom 59, zeszyt 5, str. 533.)

Leczono witaminą C w postaci Cebionu 60 dzieci z ostrymi i przewlekłymi zaburzeniami w odżywianiu, w tym 2 przypadki zatrucia pokarmowego. Wstrzykiwaniami, przeważnie dożylnymi, Cebionu (po 1 cm^3 u większych dzieci i 0,5 cm^3 u niemowląt poniżej 2 miesięcy) uzyskiwano prawie natychmiastową poprawę. W lżejszych przypadkach wystarczało

jednorazowe wstrzyknięcie i 6 — 8 godzinny post o herbacie, w cięższych i przestarzałych przypadkach trzeba było stosować zwykle 3 — 4 wstrzyknięcia, ażeby usunąć nieprawidłowość wypróżnień i wstrzymać wymioty. Ilość pokarmu dietetycznego przeciw dyspepsji zwiększano szybciej niż zwykle bez ujemnego skutku, dzięki czemu uzyskiwano lepszy przyrost na wadze. W zatruciu pokarmowym trzeba było wstrzykiwać 2 razy dziennie. Szczególnie dobre wyniki stosowania Cebionu (przez 3 — 4 dni dożylnie, przez dalszych 8 — 10 dni domięśniowo) spostrzegano u dzieci dystroficznych z częstymi nawrotami nieżytu jelit. Nigdy nie spostrzegano niepożądanego działania ubocznego.

Dr. Stanisław Domicz.

——:o:——

D. DANIELOPOLU. *Klasyfikacja i patogeneza endemicznych i sporadycznych postaci schorzeń tarczycowych.* (Presse Med. Nr. 74 r. 1938).

Autor nazywa „tyroidią“ schorzenia tarczycowegetatywne zależne od różnych czynników, zaczynające się od procesu hyperplastycznego, który w dalszym ciągu rozwija się rozmaicie w zależności od circulus vitiosus tarczycowowegetatywnego, który zależy od zdolności odczynowej tarczycowowegetatywnej każdego osobnika. Autor dzieli schorzenia tarczycy na następujące 4 grupy: 1) Normotyroidie (wol z normotonią tarczycowowegetatywną). Wole endemiczne i sporadyczne (wól miąższowy, kolloidowy, naczyniowy itd., którym nie towarzyszą objawy hypo i hypertyreozy), 2) Hypertyroidie (hypertonia wegetatywna) czyli choroba Basedowa, adenoma toxicum, zespoły basedowiczne, sympatyczne itd., 3) Hypotyroidie (hypotonia tarczycowowegetatywna) — obrzęk śluzowaty, kretynizm, 4) Schorzenia tzw. przywolowe „paragoitreuses“ — idiotyzm tarczycowy, głuchoniemota, jąkanie itd. Wśród postaci wola normotarczycowego rozróżniamy wól zrazowy i zrazikowy. W hypertyroidiach spotykamy amfotonię wegetatywną z przewagą grupy pobudzającej. Przemiana podstawowa jest prawie zawsze wzmożona (ale niekoniecznie), w hy-

potyroidiach — obniżona. W powstawaniu tyroidii endemicznej gra rolę czynnik wyzwalający, zawarty w wodzie i pochodzący z pewnych warstw ziemi, który nadaje wodzie własności tyrogenne, oraz czynniki uspasabiające, do których należą czynniki ekonomiczne, brak jodu, czynniki konstytucjonalne (zależne od stanu napięcia wegetatywnego osobnika) i dziedziczne. W powstawaniu wola sporadycznego grają rolę czynniki uspasabiające (stan napięcia wegetatywnego i gruczoły dokrewne) oraz czynniki wyzwalające (infekcje, intoksykacje, czynniki nerwowe). Pierwszym objawem tyroidii jest początkowa hyperplazja gruczołu, czy to bezpośrednio pod wpływem czynnika tyrogennego czy też pod wpływem wytwarzania przez przysadkę nadmiaru tyreostimuliny. O ile stan układu wegetatywnego i gruczołów dokrewnych jest dobry, przerost gruczołu dostarcza dostatecznej ilości potrzebnego hormonu i powstaje normotyroidia. Jeśli zdolność odczynowa jest mniej lub więcej duża, dochodzi do nadmiernego przerostu gruczołu z wyrzucaniem zwiększonej ilości hormonu do krwi. Hormony przez działanie amfotropowe pobudzają układ wegetatywny, wzmagają jego napięcie i wywołują wtórną nadczynność tarczycy. O ile zdolność odczynowa jest bardzo słaba, po pierwszej próbie rozrostu gruczoł zanika, ilość endostimuliny tarczycowej maleje, co wywołuje z kolei hypotonię wegetatywną, zmniejszając jeszcze bardziej produkcję hormonu tarczycowego. Może się zdarzyć, że tarczyca przez pewien czas się opiera, co prowadzi do powstania zwykłego wola, później jednak zdolność odczynowa wzrasta nagle i powstaje hypertyroidia. W warstwach ubogich w ośrodkach endemicznych spotyka się osobników bez wola. Są to osobnicy, którzy dzięki napięciu wegetatywnemu konstytucjonalnemu opierają się niedostatecznemu odżywianiu. O ile odporność jest mniejsza, powstaje małe wole. O ile odporność jest bardzo mała powstaje postać hypotyroidalna. O ile wchodzą w grę jeszcze czynniki dodatkowe, powstają t. zw. schorzenia przywolowe (paragoitreuse). Występowanie w jednej rodzinie, żyjącej w tych samych warunkach różnych postaci tyroidii tłumaczy się różnym stanem konstytucjonalnym napięcia wegetatywnego. Ten fakt tłumaczy również różny obraz w postaciach sporadycznych, rozwijających się pod wpływem działania tego samego czynnika. Jeśli chodzi o wpływ czynników nerwowych na powstawanie choroby Basedowa to odbywa się on pośrednio poprzez przysadkę.

Dr. A. Gelbard.

——:o:——

W. POCZTER, Kierownik Poradni Przeciwgruźliczej Tow. „T. O. Z." w Wilnie. — *Radipon.* (Prasa Lekarska Nr. 11/1938).

W leczeniu farmakologicznym chorób dróg oddechowych, bezwzględnie jedno z najpoważniejszych miejsc zajmuje korzeń wymiotnicy (Radix Ipec.). Uwagę autora zwrócił znajdujący się na rynku farmaceutycz-

nym preparat Radipon — firmy Dr. A. Wander, S. A. ze względu na skład, przyjemny smak i dogodną formę tabletek.

Radipon zawiera: 0,01 g. alkaloidów wymiotnicy, standaryzowanych na 10-cio procentowej zawartości emetyny, sole amonowe i olejek anyżowy.

Preparat Radipon c. Codeino zawiera nadto 0,01 g. syntetycznego połączenia kodeiny z kwasem fenylo-etylo-barbiturowym. Związek ten odznacza się synergicznym współdziałaniem składników przy równoczesnym znacznym zmniejszeniu ich własności toksycznych.

Radipon jak i Radipon c. Codeino zostały wypróbowane na materiale Przychodni Przeciwgruźliczej Towarzystwa TOZ'u w Wilnie, na ca. 40-stu przypadkach.

W większości przypadków (34) stosowany był Radipon c. Codeino zwłaszcza w nieżytach oskrzeli różnego pochodzenia, rozedmie płuc i oskrzeli różnego pochodzenia, rozedmie płuc i oskrzeli, połączonych z suchym i męczącym kaszlem oraz w ropniach i gruźlicy płuc. Autor otrzymał w *22-ch przypadkach wyniki bardzo dobre*, a w 12-stu przypadkach wzgl. dobre, stosując Radipon bądź też Radipon c. Codeino 3 — 5 razy dz. po ½-1 tabletce. Otrzymane rezultaty mogą się streścić w następujących punktach:

p. 1. Radipon stosuje się w schorzeniach dróg oddechowych, połączonych z nadmierną wydzieliną plwociny, kiedy trzeba jej ilość zmniejszyć wzgl. rozrzedzić.

p. 2. Radipon ma przewagę nad różnymi przetworami wymiotnicy, na skutek standaryzacji alkaloidów i trwałości.

p. 3. Radipon posiada miły smak, chętnie znoszony przez pacjentów.

p. 4. Dogodna postać tabletek jest szczególnie ważna u chroników, gdyż niejednokrotnie w ogóle umożliwia przyjmowanie środków wykrztuśnych.

p. 5. Radipon okazał się preparatem w większości przypadków bardzo dobrym.

——:o:——

ALBERT ALDER. *Leczenie gorączkowe epidemicznego paraliżu dziecięcego pyriferem* .(Medizinische Klinik Nr. 46. 18. 11. 1938).

Przypadkowe spostrzeżenie tyczące się małego chłopca, który przebywając w szpitalu z powodu chorby Heine — Medina nabawił się szkarlatyny i u którego podczas gorączki wystąpiła wybitna poprawa porażeń, skłoniło autora do zastosowania leczenia gorączkowego w 25 przypadkach paraliżu dziecięcego. Wyniki tych doświadczeń były zmienne: w 9 przypadkach wystąpiła duża poprawa, w 7 niepewna, w 9 żadna. Autor zaczynał od podawania 50 jednostek pyriferu co 2 — 4 dni, dochodząc stopniowo do 500 jedn. i uzyskując ogółem 6 — 8 wzniesień temperatury. Zastrzyki zaczynał na ogół po przejściu okresu podgorączkowego,

tj. 10 — 14 dni po wybuchu infekcji, ale też czasami już 3 dnia trwania choroby. Autor stwierdza, że rezultaty przez niego osiągane są na ogół zgodne z rezultatami osiągniętymi przez Kaudersa w 36 r. za pomocą malarii i zaleca próby leczenia pyriferem w ciężkich przypadkach epidemicznego paraliżu dziecięcego.

Dr. Z. Mackiewicz.

——:o:——

J. OLMER. *Kryptoleukemia ostra w postaci niedokrwistości. Ciężka anemia u ciężarnej.* (Presse Med. Nr. 73 r. 1938).

Przypadek ciężkiej anemii hyperchromatycznej (915.000 czerwonych ciałek krwi, 35% hemoglobiny, 135.000 płytek, 9800 białych ciałek z przewagą neutrofili) z powiększeniem śledziony u kobiety, będącej w 3 miesiącu ciąży. Ponieważ początek objawów chorobowych sięgał do okresu przedciążowego, ponieważ niedokrwistość w ciąży występuje w drugiej połowie, autor przypuszczał, że chodzi tu o chorobę Biermera, która ujawniła się w okresie ciąży. Ponieważ jednak leczenie wątrobą pozostało bez skutku, dokonano przerwania ciąży, które jednak nie wpłynęło na przebieg choroby. Ze względu na zmiany w obrazie białych ciałek krwi dokonano nakłucia mostka i stwierdzono: 3% neutrofili, 4% komórek kwasochłonnych, 19% limfocytów, 2% monocytów, 14% metamyelocytów, 16% komórek niezróżnicowanych. Na tej zasadzie rozpoznano ostrą leukemię, aczkolwiek poza powiększeniem śledziony brak było innych objawów klinicznych. Jednak badanie dna oczu ujawniło zmiany typowe dla białaczki w postaci głowy meduzy. Wkrótce dołączyło się podniesienie ciepłoty, zapalenie dziąseł, nieznaczne powiększenie gruczołów podszczękowych. Chora zmarła wśród objawów narastającego charłactwa. Na sekcji stwierdzono zmiany w śledzionie, wątrobie, szpiku kostnym i gruczołach limfatycznych oraz nacieki myeloidalne w mięśniu sercowym, nerkach, nadnerczach i trzustce.

Dr. A. Gelbard.

——:o:——

J. JASIŃSKI. *Próby z hormonami płciowymi w przygotowaniu chorych do operacji i w okresie pooperacyjnej rekonwalescencji.* (Polski Przegląd Chirurgiczny. Nr. 4, 1938 r.)

Autor stosował Androstinę i inne preparaty hormonalne męskie w wielu przypadkach po usunięciu gruczołu krokowego i zachęcony dobrymi wynikami zaczął stosować je u tych chorych, którzy czy to z powodu wieku, czy złego stanu ogólnego, nasuwali pewne wątpliwości czy przetrzymają zabieg operacyjny. Według autora dobre wyniki lecznicze otrzymuje się wtedy, kiedy przypadki przerostu gruczołu krokowego ograniczają się do wczesnych okresów, natomiast leczenie hormonalne umożliwiło zabiegi operacyjne nawet w całym szeregu późnych przypad-

ków. Operacji ono zastąpić nie może, ale czyni chorych zdolnymi do zniesienia zabiegu operacyjnego.

Również w okresie pooperacyjnym rekonwalescencji preparaty hormonalne zapobiegają powikłaniom i zapewniają szybszy powrót do zdrowia.

Autor jest przekonany, że dzięki przygotowaniu chorych do operacji za pomocą hormonów płciowych i dzięki dalszemu leczeniu w okresie pooperacyjnej rekonwalescencji, śmiertelność pooperacyjna, szczególnie u osób starszych, znacznie się zmniejszyła.

Dr. med. F. Mikulska.

——:o:——

J. CATHALA, M. BOLGERT, P. AUZEPY i A. BRAULT. *Badanie czynnościowe trzustki za pomocą sekretyny w przypadku zapalenia trzustki z długotrwałą żółtaczką u dziecka.* (Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. Nr. 23 r. 1938).

U chłopca 12-letniego stwierdzono uporczywą żółtaczkę, utrzymującą się w ciągu kilku miesięcy. Przyczyny żółtaczki dopatrują się autorzy w ostrym zapaleniu trzuski, czego dowodem jest zmniejszone wydzielanie zewnętrzne trzustki pod wpływem sekretyny. Zwłaszcza poziom lipazy był bardzo znacznie obniżony. Kilkakrotnie powtarzanie sondowania z jednoczesnym zastrzyknięciem sekretyny pozwoliło prześledzić stopniową poprawę i zwiększanie się ilości zaczynów trzustkowych w wydobytej treści.

Dr. A. Geldbard

——:o:——

Dr. P .A. v. d. HOEVEN, lekarz w Amsterdamie. *Zapalenie wielonerwowe na tle ciąży, połączone z psychozą Korsakowa.* (Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde 1938, r. 8, str. 873.)

Autor donosi o ciężkim zapaleniu wielonerwowym, połączonym z psychozą Korsakowa, u ciężarnej, które wystąpiło po poprzednich wymiotach niepowściągliwych. Przerwanie ciąży zmniejszyło wprawdzie wymioty, przyczyniło się jednakże do całkowitego rozwoju zapalenia wielonerwowego i psychozy Korsakowa. Dieta bogata w witaminy dała nieznaczną poprawę. Za pomocą Betabionu „forte" uzyskano w krótkim czasie widoczną poprawę stanu fizycznego i psychicznego, a po miesiącach ustąpiły wszystkie objawy neurologiczne i Korsakowa.

Zdaniem autora, chorobę wywołał brak witaminy B_1, spowodowany przede wszystkim poprzedzającymi wymiotami niepowściągliwymi ciężarnej. Jednakże autor spostrzegał utajone objawy braku witaminy B_1 również u ciężarnych, u których podawana z pokarmem wita-

mina B_1 w normalnych warunkach w zupełności wystarczałaby. Wstrzykiwania 3 razy tygodniowo po 1 ampułce Betabionu „forte" wystarczyły do usunięcia objawów.

Dr. Stanisław Domicz.

——:o:——

R. J. JACKMAN i J. A. BARGEN. *Działanie niektórych środków przeciwkurczowych na jelito człowieka.* (Surgery, Gynecology and Obstetrics, Tom 67, Nr. 1 str. 63 — 6 lipiec 1938 r.).

Według ściśle opisanej metody autorzy badali działanie niektórych środków przeciwkurczowych na perystaltykę jelit u chorych z przetoką kałową. Dość czynne okazały się Glyceryl - trinitrat i amylnitrat — wadą tych związków jest przemijające działanie i wywoływanie objawów ogólnych. Najbardziej właściwe okazały się Syntropan i Trasentina — działaniem swym nie ustępują one atropinie, nie wykazując jej wad. Trasentinę wstrzykiwano powoli dożylnie w ilości 50 mg. Pituitryną i Prostygminą udawało się osłabić nieznacznie jej działanie.

Dr. med. Wł. Kurowski.

——:o:——

M. H. DUVERGEY. *Leczenie gonokokowego zapalenia stawu.* (Gazette des Hôpitaux, wrzesień 1938).

Autor omawia wielkie trudności związane z leczeniem wyżej podanego schorzenia, dlatego że do tej pory nie ma jeszcze pewnej i skutecznej metody leczenia, po wtóre, że trudno jest przewidzieć, jak długo będzie trwała choroba i jaki obrót weźmie, po trzecie chodzi nam też o zapobieganie powstaniu ankylozy. Istnieją trzy grupy postaci klinicznych tej choroby:

I postacie leczone środkami wewnętrznymi,

II postacie z wysiękiem surowiczym albo ropnym,

III ostra ropowica stawu.

Do pierwszej grupy postaci autor zalicza zwykłe zapalenie stawu, arthralgię, przewlekłe monoarticularne lub odcinkowe zapalenie stawu, poliarthritis rzekomo gośćcową i przewlekłe zapalenie stawu. We wszystkich tych przypadkach stosujemy leżenie w łóżku, unieruchomienie stawu, ciepło, uspokajające okłady z salicylanu metylowego, leczenie szczepionką, galwanizację, jonizację, promienie podczerwone, krótkie fale, przy czym wyniki leczenia zależą od czasu rozpoczęcia zabiegów.

W zapaleniach stawów z wysiękiem surowiczo-włóknikowym albo ropnym robimy punkcję w celu rozpoznania płynu. Następnie leczniczo stosujemy lepiej wyciąg, aniżeli gips, który sprzyja powstawaniu ankylozy. Jeżeli umiejscowienie choroby jest takie, że nie możemy stosować wyciągu albo kilka stawów jest zajętych, to stosujemy surowicę przeciw-

gonokokową, radioterapię w dawkach wzrastających, albo Curie-terapię miejscową. Punkcje stawu robimy wtedy, gdy jest duży wysięk a temperatura niewysoka. Przy punkcji wprowadzamy do stawu oliwę z jodem (lipiodol) albo surowicę przeciwgonokokową. Arthrotomię robimy wtedy, gdy wysięk ciągle się powtarza i kiedy punkcja nie wpływa wcale ani na obrzmienie stawu ani na ból. Arthrotomię stosuje się odrazu w wypadkach ropnych zapaleń stawu z jednoczesnym złym stanem ogólnym, gdzie może dojść do posocznicy.

Ostra ropowica stawu ma 2 główne cechy: jest b. bolesna i kończy się ankylozą. W tych przypadkach stosuje się odrazu arthrotomię, kiedy zapalenie jest niedawne i kiedy staw jest łatwo dostępny. Ten zabieg wydaje się najlepszym, aby zapobiec ankylozie, dlatego, że wszystkie inne metody leczenia są w tej postaci nieskuteczne a po wtóre, że ankyloza jest nieodwracalna.

Dr. P. Heryng.

——:o:——

A. BECLÈRE. *Influenza. Przegląd ogólny. Leczenie surowicą przeciwgrypową.* (Presse Med. Nr. 75 r. 1938).

Leczenie surowicą przeciwgrypową sprowadza się zasadniczo do 2 metod: jednej polegającej na stosowaniu surowicy ozdrowieńców po zapaleniu grypowym płuc, drugiej. posługującej się surowicą końską, uzyskaną przez zaszczepienie zarazków grypowych, które uzyskano od ludzi chorych na grypę w drugim lub trzecim dniu choroby, i przeprowadzonych przez zwierzęta laboratoryjne. Dujarric de la Riviere i Cheve zaszczepiali świnkom zarazek ludzki i otrzymywali 4 typy kolonii. Dokładne badania wykazały identyczność różnych odmian jadu grypowego rozmaitego pochodzenia. Od roku autorzy francuscy pracują nad uzyskaniem od konia surowicy za pomocą zastrzyków dożylnych zarazka grypowego pochodzenia ludzkiego, przeprowadzonego przez świnkę morską. Ponieważ niebezpieczeństwo grypy nie jest zasadniczo związane z zarazkiem tej choroby a przede wszystkim zależy od komplikacyj płucnych pochodzenia bakteryjnego, zwłaszcza na tle zakażenia bakteriami Pfeiffera, autorzy dążą do wytworzenia takiej surowicy, któraby jednocześnie posiada właściwości bakteriobójcze w stosunku do prątków Pfeiffera i neutralizowała jad grypowy.

Dr. A. Gelbard.

——:o:——

CAIN I LEPITRE. *Leczenie świądu odbytu histaminą.* (Journal de médecine et de chirurgie pratiques, październik 1938).

Praca tych autorów jest oparta na materiale 160 przypadków (47 kobiet i 113 mężczyzn od 20 do 80 lat). U chorych tych wypróbowano przedtem wszystkie środki lecznicze. Z tej liczby 38 kobiet i 84 mężczyzn

zostało zupełnie wyleczonych, a 8 kobiet i 14 mężczyzn stan znacznie się poprawił, a w 6 przypadkach leczenie nie dało żadnego efektu. Doświadczenia kliniczne tych autorów wykazały, że tylko doskórne stosowanie histaminy miejscowo daje dobre wyniki. Używają oni roztwór 0,5 : 1000 dwuchlorowodorku histaminy, wstrzykując dookoła odbytu w 15 — 20 miejscach. Dawka całkowita nie może przekroczyć jednorazowo ¼ cm³ podczas jednego zabiegu. W ten sposób lek dostaje się do wszystkich punktów swędzących. Wstrzykując codziennie, dochodzimy jakby piętrami stopniowo do granicy między skórą a śluzówką. Dodatkowym lekiem jest maść histaminowa, która w wypadkach ciężkich nie pomaga i czasami nawet podrażnia skórę. Jeżeli swędzenie datuje się od 2 — 3 tygodni to wtedy wystarczy 5 — 6 zastrzyków robionych codziennie. Jeżeli zaś swędzenie trwa dłuższy czas, to spostrzega się w klinice 2 ewentualności: albo pod wpływem leczenia swędzenie znika po tygodniu lub też stwierdza się chwilową poprawę, po której następują nawroty. W tych przypadkach dobrze jest przerwać leczenie na 2 — 3 tygodnie, a potem dopiero rozpocząć je na nowo, wstrzykując 2 — 3 razy w tygodniu przez dłuższy czas. W 30% przypadków występuje podczas leczenia nasilenie swędzenia, trwające 48 godzin i znikające samoistnie. Należy o tym uprzedzić chorego. Przeciwwskazań do stosowania histaminy nie ma. Autorzy przypominają, że w każdym przypadku należy szukać pierwotnej przyczyny schorzenia (hemoroidy, polip, cukrzyca, biegunka, robaki).

Dr. P. Heryng.

——:o:——

P. NIGAY. *Leczenie wrzodów żołądka i dwunastnicy metodą Mac Lean'a.* (Le Formulaire, październik 1938).

Metoda Mac Lean'a polega na intensywnej i stałej alkalizacji przewodu pokarmowego podczas okresu ostrego wrzodów żołądka i dwunastnicy. Stosuje się ją w następujący sposób:

1. Chorego pozostawiamy w łóżku na 2 — 3 tygodnie, poczem jeszcze pozostaje w fotelu z ograniczeniem ruchów.

2. Stałą alkalizację realizujemy przez doustne podawanie następującej mieszaniny:

Bismuthi carb. 100,0,
Magnesiae carb. 100,0,
Natr. bicarb. 50,0.

Chory bierze na mleku lub wodzie łyżeczkę tej mieszaniny co 2 godziny. Wieczorem zaś podwaja się dawkę.

Zazwyczaj bóle i skurcze powinny ustąpić po 2-ch dniach. Poza tym chory przygotowuje sobie przy łóżku podwójne dawki — w razie bólu nocnego.

3. Chory przez pierwszy tydzień otrzymuje tylko 2 litry mleka dziennie, które wypija w 6 porcjach co 3 godziny. W drugim tygodniu

dodajemy bułkę z masłem, świeżą śmietankę, galaretkę, budyń, jajka na miękko. Jednocześnie zmniejszamy stopniowo dawki leku alkalicznego w ten sposób, że po 3 tygodniach chory bierze 3 dawki dziennie, nie licząc dawek nocnych — i to przez 3 tygodnie. Następnie zmniejszamy stopniowo dawki dzienne, pozostawiając tylko dawki nocne. Leczenie to trwa miesiącami. Stopniowo zwiększamy ilość pokarmów, dodając kartofle, jarzyny i ciasto. Zabrania się ostrych przypraw i kwaśnego pożywienia. Pozwalamy na ryby i mięso po dłuższym czasie po wyleczeniu.

Dr. P. Heryng.

——:o:——

L. DELHERM i H. FISCHGOLD. *Pierwsze wyniki naświetlania przysadki w zaburzeniach czynnościowych.* (Le Monde Médical. Nr. 928, 15 listopad 1938 r.).

Artykuł niniejszy jest wynikiem 3-ch letniego doświadczenia w leczeniu drobnych zespołów przysadki naświetlaniem promieniami X. Po szczegółowym omówieniu niektórych przypadków autorzy dochodzą do następujących wniosków.

Ze względu na to, że zespoły chorobowe tu leczone nie zawsze mają określony charakter, wyniki są bardzo nierówne.

W leczeniu czynnościowych zaburzeń przysadki autorzy korzystali z pól czołowych i okolic zatok szczękowych, aby uniknąć epilacji. Dawkowanie wybitnie indywidualne.

Najbardziej wskazane jest to leczenie przy braku miesiączki, zaburzeniach okresu przekwitania, w niektórych przypadkach choroby Basedowa, w cukrzycy insulino-odpornej i w otłuszczeniu, przyczym w otłuszczeniu bardzo rzadko otrzymuje się dobre wyniki.

Dr. B. Szalita.

——:o:——

H. LECLERC. *Leczenie oparzeń przy pomocy herbaty.* (Presse Med. N. 73 r. 1938).

Herbata zawiera bardzo dużo taniny i dlatego napar z herbaty ma działanie ściągające i może oddać usługi, zmniejszając przekrwienie i stan zapalny w lekkich postaciach zapalenia spojówek i powiek. Peiris zaproponował pędzlowanie oparzeń naparem z herbaty przygotowanym w następujący sposób. Naparza się 6 łyżeczek herbaty w 6 szklankach gotującej wody w ciągu 10 minut i stosuje ten napar na okolicę oparzoną na kawałku materiału, przykrywając bandażem, który się pokrapia herbatą o ile tylko wysycha. Opatrunek pozostaje na miejscu od 12 — 14 dni. Jeżeli wystapią objawy zakażenia w postaci gorączki, częstoskurczu itd. powtarza się zabieg po uprzednim oczyszczenia rany. zamiast kompresów można stosować pulweryzację. Autor nieraz stosował zamiast

kompresów mokre listki herbaty, pozostałe w czajniku i wynik był zadawalający.

Dr. A. Gelbard.

——:o.——

H. BENARD, F. P. MERKLEN i M. ZARACHOWITCH. *Azotemia i hyperazoturia w następstwie krwotoku do przewodu pokarmowego u osobnika z cukrzycą.* (Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hop. Nr. 7, r. 1938).

W przypadku marskości wątroby u osobnika obciążonego cukrzycą, miał miejsce krwotok do przewodu pokarmowego, któremu towarzyszyło znaczne wzniesienie poziomu azotu we krwi. Poziom mocznika w moczu był również zwiększony. Istniała przy tym pewna polyuria. Zresztą mocz był bez zmian. Sekcja wykazała liczne podbiegnięcia krwawe śluzówki żołądka oraz marskość wątroby.

Dr. A. Gelbard

PRZEGLĄD KARDIOLOGICZNY.

M. C. LIAN i J. FACQUET. *Skojarzenie niedomogi mięśnia sercowego z hypotonią tętniczą pochodzenia alkoholowego.* (Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. Nr. 20.2).

2 przypadki niedomogi mięśnia sercowego na tle przewlekłego zatrucia alkoholem, połączonej z obniżeniem ciśnienia rozkurczowego i zwiększeniem wskaźnika oscylometrycznego oraz pojawieniem się podwójnego szmeru Durozieza na naczyniach. Czas przepływu krwi był prawidłowy lub nieco przyśpieszony. Cechą charakterystyczną była szybka poprawa, prowadząca do zupełnego wyleczenia pod wpływem abstynencji oraz stosowania środków moczopędnych. Obok objawów naczyniowych i zmian ze strony serca stwierdzało się w obu przypadkach objawy polyneurytu. Autorzy zwracają uwagę na podobieństwo między obrazem obserwowanym przez nich a obrazem niedomogi sercowonaczyniowej, stwierdzanej w beri beri i uzależniają te objawy od hypowitaminozy B_1. Hypotonia naczyniowa jest zdaniem autorów następstwem zaburzeń neurowegetatywnych lub dokrewnowspółczulnych. Pociąga ona za sobą wtórnie powstawanie objawu niedomogi sercowej.

Dr. A. Gelbard.

——:o:——

DESGOEUDRES P. *O działaniu małych dawek krótkich fal na układ krążenia* (próba oscylometryczna). (Schweiz. Woch. 67, 1938).

Działanie krótkich fal na układ krążenia jest jeszcze niedostatecznie znany.

Przypuszcza się, że mają one działanie cieplne, chemiczne, a szczególnie elektryczno-odruchowe. Stopień działania zależy od długości fal i od natężenia pola, w którym znajduje się chory. W rzeczywistości mechanizm działania krótkich fal na układ roślinny jest zawiły. Autor badał działanie krótkich fal na oscylogram wzięty na wysokości tętnicy piszczelowej i sprychowej. Aby wyeliminować czynniki cieplne, autor używał b. małych dawek, niewywołujących żadnego wrażenia cieplnego. Wyniki tych badań są następujące: pola o słabym natężeniu, działające specyficznie bez udziału czynnika cieplnego, wywołują różnorakie zmiany w układzie krążenia obwodowego, w zależności od miejsca naświetlania. Jeżeli naświetlamy ośrodki okolic szyjnych i lędźwiowych, to stwierdza się rozszerzenie naczyń na wysokości grubych pni; jeżeli zaś naświetlamy ośrodki okolic piersiowych przednich i tylnych, stwierdza się tendencję do zwężenia naczyń; jeżeli zaś naświetlamy przebieg tych samych naczyń na obwodzie, to zwężenie naczyń jest natychmiastowe.

Wytłomaczenie fizjo-patologiczne tych zjawisk jest jeszcze w dzisiejszym stanie wiedzy niemożliwe.

Bardzo słabe dawki fal krótkich pobudzają zawsze układ wegetatywny. Ostateczny wynik działania fal krótkich (rozszerzenie i zwężenie naczyń) zależny jest od punktu naświetlania, punktu w którym przeważa jeden lub drugi ośrodek antagonistyczny układu wegetatywnego.

W konkluzji autor przypomina następujące prawo biologiczne: małe dawki pobudzają, większe dawki hamują, aż do wywołania zupełnego porażenia.

Dr. A. Boczko.

——:o:——

CLURET J., PIERRY M., PONTHUS P. i MILHAM M. *Zaburzenia elektrokardiograficzne wywołane obniżeniem barometrycznym. Leczenie tlenem, karbogenem, strychniną i acetylcholiną.* (Journal de Physiologie et de Pathologie generale, 36, 50, 1938).

Opierając się na swoich doświadczeniach, które miały na celu wykazanie zmian elektrokardiograficznych pod wpływem obniżenia ciśnienia atmosferycznego przy pomocy kesonu de Leron et Gatinois, autorzy doszli do następujących wniosków: pod wpływem obniżenia, trwającego od 10 — 25 minut albo od 40 — 60 minut, licząc od początku doświadczenia, stwierdza się zmiany w zespole komorowym, nasilające się coraz bardziej, podczas gdy zaburzenia rytmu prawie że nie istnieją. Te same zaburzenia występują na wysokości 10.000 metrów i znikają po powrocie do normalnego ciśnienia barometrycznego. Autorzy stosowali w tych wypadkach obniżenia ciśnienia, wdychanie tlenu i karbogenu, które to leki okazały się najlepszymi. Przy stosowaniu strychniny i acetylcholiny, wyniki były o wiele gorsze. Interpretując swoje badania, autorzy

dochodzą do wniosku, że leczenie tlenem i karbogenem jest dowodem, że anoksemia jest najważniejszym czynnikiem, wywołującym zespół komorowy na tle obniżenia ciśnienia atmosferycznego. Doświadczenia ich wykazują również, że strychnina pobudza ośrodek opuszkowy. Jej działanie zwężające naczynia płucne przy pomocy nerwu błędnego wyraża się w działaniu kardiotonicznym i regulującym przewodnictwo wewnątrzsercowe. Strychnina, jako środek pomocniczy, wydaje im się konieczną podczas lotu i podczas wchodzenia na górę powyżej 6000 metrów. Zauważono, że alpiniści chętniej przyjmują strychninę, aniżeli tlen.

Dr. A. Boczko.

PRZEGLĄD HEMATOLOGICZNY

pod redakcją d-ra M. Landesmana, st. asyst. U. J. P.

W GRUNKE. *O wartości diagnostycznej nakłucia mostkowego.* (Medizinische Klinik 38/39 1938).

Zainteresowanie się badaniami szpiku za życia wzrosło od czasu podania przez Arinkina prostej metody. Poprzednio wprowadzona trepanacja (Ghedini) okazała się za poważnym zabiegiem, by mogła zostać bardziej rozpowszechnioną. Metoda nakłucia jest łatwa, nie wymaga specjalnych studiów przygotowawczych. Wystarcza zupełnie zwyczajna igła, używana do nakłucia lędźwiowego. Po przebiciu skóry należy oznaczyć odcinek 8 mm, którego to punktu nie wolno przekroczyć. Lepiej wbija się młotkiem drewnianym. Na ogół zabieg nie jest bolesny.

Autor odrazu przystępuje do omawiania ewentualnych omyłek rozpoznawczych. Ponieważ nakłucie podaje nam wyniki, dotyczące ściśle ograniczonego odcinka, zachodzi pytanie czy można je odnieść do całego układu. Z licznego piśmieninctwa wynika, że, pomijając nieznaczne różnice, nie wpływające zupełnie na wartość rozpoznawczą (większa erytropoeza w kościach długich), możemy udzielić na to pytanie pozytywnej odpowiedzi. Takie same stosunki panują w przypadkach patologicznych.

Można wprawdzie znaleźć doniesienia (Undritz, Domarus), że znajdywano różnice jakościowe nie tylko w różnych kościach, ale i w tych samych w różnych miejscach. Sam autor podaje przypadek ziarnicy złośliwej i leukopenii, gdzie przy nakłuciach znajdował pusty szpik, na sekcji zaś stwierdzano b. liczne elementy komórkowe.

Okazuje się jednak, że te omyłki są zaledwie drobną pozycją w porównaniu z niezliczoną wprost ilością właściwych rozpoznań trudnych przypadków. Również t. zw. nieudałe nakłucia jeśli nie są wynikiem błędnej techniki dają również pewne rozpoznanie, każące myśleć o nowotworze szpiku, lub „osteosclerosis". W pierwszym wypadku szpik jest bardzo zbity, w drugim kości mostka b. twarde.

Dalszą przyczyną omyłek może być domieszka krwi. Aby tego uniknąć, należy pobierać nieznaczną ilość materiału. W przypadkach domieszki krwi patologicznej (białaczka), uprzednie dokładne poznanie składu uchronić może od błędnych wniosków.

Przechodząc do badania ilościowego składu należy zanaczyć, że już fizjologiczny haemomyelogram wykazuje duże wahania. W przypadkach jednak patologicznych zachodzą tak duże odchylenia od wahań fizjologicznych, że praktycznie te ostatnie nie wchodzą w rachubę.

Pozostałaby jeszcze kwestia obliczania wzoru t.j. składu procentowego szpiku.

Według autora, Schultena i inn., jest to zupełnie zbędne. Wystarczy uważne przejrzenie preparatu (naturalnie przez doświadczonego hematologa), aby wydać rozpoznanie.

Autor przechodząc następnie do właściwej diagnostyki, wybiera tylko najciekawsze schorzenia, jak również te przypadki, w których punkcja ma decydujące znaczenie.

Choroba Biermera: już sam charakter nakłucia kieruje uwagę na właściwe rozpoznanie. Substancja korowa kości jest b. miękka, aspiracja szpiku łatwa, w punktacie widoczne gołym okiem liczne cząstki czerwone szpiku. W obrazie mikroskopowym stwierdza się b. liczne komórki z intensywnie na niebiesko zabarwioną zarodzią i jasnym jądrem bez wyraźnej struktury. Są to bardzo młode formy erytroblastów (erytrogonie lub promegaloblasty). Poza tym ilość megaloblastów starszych jest znacznie zmniejszona, normoblasty zaś znajdują się w minimalnej ilości. Takie postaci znajdują się tylko w przypadku rozwiniętej, a nieleczonej choroby Biermera. Obraz biały przedstawia okres wczesnego dojrzewania jądra. Widzimy dwie komórki z jądrem płatowatym wg. Tempki t. zw. komórki olbrzymiopałeczkowate.

Struktura jednak jąder jest młodsza aniżeli kształt, w związku z czym w segmentowanych jądrach widoczna jest b. luźna siateczka chromatynowa.

W niedokrwistości aregeneratoryjnej stwierdza się przy zachowanym składzie szpiku brak objawów wzmożonej erytropoezy, mimo kolosalnej niedokrwistości na obwodzie.

W niedokrwistości aplastycznej zachodzi nie tylko brak erytropoezy, ale brak również erytropoetycznych elementów (zanik).

Zanik ten może dotyczyć tylko układu erytropoetycznego lub też obejmuje wszystkie układy. Mówimy wtedy o „panmyelophtisis“.

W przeciwieństwie do jednostajnego obrazu krwi obwodowej w niedokrwistości aplastycznej, w szpiku możemy się spotkać z najrozmaitszymi kombinacjami: np. prócz skąpej ilości elementów komórkowych, w szpiku może również wystąpić zaburzenie w dojrzewaniu ciałek białych i czerwonych. W obrazie mikroskopowym znajdują się wtedy same myelo i erytroblasty.

Niedokrwistość aplastyczna może też występować wtórnie np. w białaczce, szczególnie zaś w białaczce myeloblastycznej. Szpik jest wtedy zalany myelobastami, erytroblasty zaś występują pojedyńczo.

Autor podaje 5 przypadków, z których dwa zaliczył do białaczek myeloblastycznych, dwa do „panmyelophtisis", a jeden do agranulocytozy typu Schultza, dopiero na podstawie wyników nakłucia mostkowego.

Autor podkreśla kolosalne trudności, jakie zachodzą przy różniczkowaniu pomiędzy „panmyelophtisis" a białaczką myeloblastyczną. Jako podstawową cechę uważa on istnienie bujania wzgl. rozplemu komórek szpiku. Jeśli ilość komórek w szpiku jest zbliżona do prawidłowej lub zmniejszona, przypadek należy zaliczyć do typu „myelopathia" (Naegeli) mimo, że mogą to być same myeloblasty.

W białaczkach przewlekłych nakłucie szpiku daje nam obraz hyperplazji i metaplazji leukemicznej lub limfatycznej. Brak hyperplazji wyklucza białaczkę.

W ziarnicy złośliwej nakłucie nie daje żadnego charakterystycznego obrazu. Klima znajdował jednak charakterystyczne komórki duże z jądrem, zawierającym jedno lub kilka jąderek i zwakuolizowaną protoplazmą. Uważa on je za odmianę limfoblastów. Sprawa ta jest jeszcze niepewna i wymaga dalszych badań.

Duże usługi oddaje nam nakłucie szpiku przy *„myeloma multiple"*.

W punktacie stwierdza się wtedy bardzo liczne komórki plazmatyczne młode, niedojrzałe z jądrem o bardzo luźnej chromatynie.

Komórki te z początku luźno rozsiane, w późniejszych okresach przerastają wszystkie elementy, występując w zbitych grupach.

Nakłucie wyjaśniło nam również etiologię szpiczaka, przekreślając poglądy stare o jego różnorakim pochodzeniu. Okazuje się bowiem, że istnieje całkowita jednolitość a conajmniej wybitna przewaga komórek plazmatycznych.

Nowotwory złośliwe wzgl. ich przerzuty. Według Pässlera przerzuty nowotworowe występują raczej w rękojeści mostka. Stąd nakłucie mostkowe może dać dużo szans wykrycia ognisk przerzutowych. Naturalnie wynik ujemny niczego nie dowodzi. W razie uchwycenia części nacieku nowotworowego, rozpoznanie jest łatwe. W preparacie stwierdza się wtedy inwazję obcych komórek o silnej kariokinezie.

Nakłucie oddaje również usługi w *chorobie Gaucher.*

W punktacie stwierdza się charakterystyczne komórki o słabo-niebieskiej protoplaźmie, dającej obraz siateczki o pustych okach po wypłukanych kropelkach ciał lipoidowych.

W anginie monocytarnej charakterystycznym jest brak wszelkich zmian w szpiku.

Wreszcie autor podnosi kwestię posiewów bakteriologicznych ze szpiku.

Według Storti i Filippi bardzo często uzyskiwano wyniki dodatnie przy równoczesnych ujemnych rezultatach posiewów krwi.

Kończąc, autor podkreśla, jak ważnym czynnikiem pomocniczym w diagnostyce chorób krwi jest nakłucie mostkowe. Umożliwia ono bowiem wejrzenie in statu nascendi w czynności szpiku w warunkach fizjologicznych i patologicznych.

DZIAŁ SPOŁECZNO-LEKARSKI.

KOMUNIKAT PRASOWY ZWIĄZKU UZDROWISK POLSKICH

Obrady Zarządu Związku Uzdrowisk Polskich.

W dniu 29.XI. b. r. odbyło się w lokalu własnym Związku Uzdrowisk Polskich w Warszawie, przy ul. Boduena 2, pod przewodnictwem prezesa Stanisława Karłowskiego, plenarne posiedzenie Zarządu, przy licznym współudziale członków, którzy zjechali się z terenu całej Polski.

Na wstępie prezes przywitał przybyłych, zwłaszcza zaś prof. dr. Renckiego, który po ukonstytuowaniu nowowybranego w r. b. Zarządu na trzyletnią kadencję po raz pierwszy wziął udział w obradach. Następnie prezes złożył gratulacje odznaczonym Złotymi Krzyżami Zasługi za działalność na polu zdrojownictwa.

Po załatwieniu części sprawozdawczej, według porządku dziennego, przyjęto do wiadomości komunikaty Dyrektorki biura, dotyczące przede wszyskim przystąpienia do Związku zdrojowiska słono-jodobromowego Darków, na Śląsku Zaolziańskim i Sp. Akc. „Jastgór" (Kąpiele na Wielkim Morzu).

Projekt utworzenia specjalnego banku spółdzielczego uzdrowisk ze względu na niemożliwość natychmiastowego uruchomienia większych własnych kapitałów obrotowych — uznano za niedojrzały do realizacji. Wyrażono natomiast zgodną opinię co do konieczności nawiązania kontaktu z istniejącymi instytucjami kredytowymi w kierunku utworzenia w nich specjalnych działów dla załatwiania spraw kredytowych i inwestycyjnych uzdrowisk.

Ogólne postulaty uzdrowsk zgłoszone przez prezydium na Kongres Izb Przemysłowo-Handlowych, który jak wiadomo, odbędzie się na wiosnę 1939, przyjęto do zatwierdzającej wiadomości.

Celem opracowania projektu nowelizacji ustawy uzdrowiskowej z r. 1922, który w odpowiednim czasie będzie złożony czynnikom miarodajnym, wybrano Komisję, składającą się z 5 członków, w osobach: Dyr. Wiśniewskiego z Ciechocinka, Dr. Kadena z Rabki, Prof. Dr. Renckiego z Morszyna, Prez. Jankowskiego z Inowrocławia i Dr. Jarosza z Truskawca.

Ujednolicenie ulg, udzielanych różnym kategoriom kuracjuszy w uzdrowiskach, zwłaszcza w dziedzinie taks kuracyjnych, wobec zatwierdzenia już przez województwa budżetów Komisyj Zdrojowych na rok następny — uznano za możliwe do zrealizowania dopiero począwszy od roku 1940.

W związku z wprowadzonym ostatnio dekretem Prezydenta Rz. P. o prawie prasowym i obostrzeniami w tej dziedzinie, ustanowiono redaktorem wydawanego co tygodnia biuletynu prasowego Związku Uzdrowisk, dyrektorkę, p. H. Minkiewiczową.

Następnie uchwalono zwrócić się do Ministerstwa Przemysłu i Handlu o zapewnienie dla Państwowego Instytutu Geologicznego dostatecznych środków na przeprowadzenie badań geologicznych w granicach okręgów ochrony górniczej zdrojowisk na prośbę zainteresowanych Zarządów.

W końcu postanowiono doroczny Walny Zjazd zwołać z końcem kwietnia 1939 r., zaś następne posiedzenia Zarządu w lutym.

Nowelizacja ustawy.

Obecnie obowiązująca ustawa o uzdrowiskach została wydana w r. 1922 i znowelizowana w r. 1928 rozporządzeniem Prezydenta Rzplitej. Od tego czasu minęło znowu lat 10 i ustawa mocno już straciła na aktualności. Wiele później wydanych ustaw i rozporządzeń nie jest dostatecznie uzgodnionych z przepisami ustawy. Całokształt ustawodawstwa z dziedziny uzdrowiskowej niewątpliwie wymaga uregulowania i należytej koordynacji. Akcja prowadzona przez Związek Uzdrowisk Polskich i przez uzdrowiska same powinna opierać się na przepisach prawnych, nadających jej jednolity kierunek, czego dotychczasowe ustawodawstwo niestety jej nie daje.

Sprawa Śpisza a polskie zdrojownictwo.

W związku z aktualną obecnie sprawą rewindykacji Spisza, należy nadmienić o kapitalnym znaczeniu tego kawałka ziemi dla naszego „zagłębia zdrojowiskowego“ t. j. doliny Dunajca i Popradu, które jak wiadomo mają liczne i bogate źródła mineralne lecznicze. „Zagłębie“ to ciągnie się wzdłuż pogranicza polsko-czeskiego, począwszy od Pienin poprzez południową granicę powiatu nowosądeckiego do doliny rzeki Ropy w powiecie gorlickim.

Racjonalny rozwój tych wszystkich zdrojowisk z Krynicą, Szczawnicą i Żegiestowem na czele, które mają łącznie koło 80.000 kuracjuszy i ponad 100-000-czną rzeszę czasowo przebywających turystów w ciągu roku, był w znacznym stopniu krępowany państwową granicą wzdłuż której rozsiane są te uzdrowiska.

Wskutek przyłączenia Spisza do Polski, sprawy te tak żywo obchodzące nasze zdrojowiska, automatycznie zostały należycie rozwiązane. Poza tym zdrojowiska zyskały zaplecze, które stanowi przepiękny teren do jednodniowych wycieczek dla dziesiątków tysięcy kuracjuszy i turystów. Wspomnieć należy także o dużych możliwościach Spisza dostarczania dla polskich zdrojowisk jak to było przed wojną światową, drobiu i warzyw.

Ze względu na naszą gospodarkę turystyczno-uzdrowiskową, nowy nasz dorobek przedstawia się imponująco. Wróciły do Polski prawie całe stoki północne Tatr Wysokich z dolinami Białej Wody i Jaworową; odzyskaliśmy także niezmiernie ważną dla turystyki drogę z Niedzicy do Szczawnicy, której zamknięcie przez granicę dotychczas uniedostępniało turystom najpiękniejsze partie Pienin; Żegiestów przez otrzymanie t. zw. Łopaty Małej zyskał nowe możliwości rozwojowe; poza tym zaś na terenach uzyskanych w okolicy Zwardonia powstanie nowy zamknięty rejon narciarski.

TREŚĆ

str.

REDAKTOR: w/z Dr. N. Poznański

WYDAWCA: Mgr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
Złota 26 m. 5, tel. 2.11-55.
Konto P. K. O. 19.175

Drukarnia „Antiqua", St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 5-04-91.